



SINALIZAÇÃO DO ERRO CLÍNICO – Prescrição de Medicação

Um contributo para a melhoria da Qualidade em Saúde

Paula Cristina Esteves Costa Parente

Trabalho de Projeto apresentado ao Instituto Politécnico de Viana do Castelo para obtenção do Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo Gestão das Unidades de Saúde

Orientador: Professora Doutora Carminda Morais

Co-Orientador: Dra. Cristina Sales

Este Trabalho Projeto inclui as críticas e sugestões feitas pelo Júri

Viana do Castelo, Março 2012



SINALIZAÇÃO DO ERRO CLÍNICO – Prescrição de Medicação

Um contributo para a melhoria da Qualidade em Saúde

Mestranda: Paula Cristina Esteves Costa Parente

Orientador: Professora Doutora Carminda Morais

Co-Orientador: Dra. Cristina Sales

Viana do Castelo, Março 2012

Determinação, coragem e autoconfiança são fatores decisivos para o sucesso. Não importa quais sejam os obstáculos e as dificuldades.

Se estamos possuídos de uma inabalável determinação, conseguiremos superá-los independentemente das circunstâncias, devemos ser sempre humildes, recatados e despidos de orgulho.

Dalai Lama

RESUMO

A segurança é uma importante dimensão da qualidade que se refere ao direito de as pessoas não serem expostas a riscos desnecessários e a eventuais danos. Erros, violações e falhas no processo de cuidado aumentam o risco de incidentes que causam danos aos pacientes.

Nos serviços de saúde, a necessidade de implementar sistemas formais de Garantia/Gestão da Qualidade é tão urgente como em qualquer outro serviço em que seja importante fornecer evidência objetiva de que a Qualidade foi alcançada nos níveis desejados. Imbuída destes pressupostos conceptuais, propus-me intervir nesta área, centrando-me na gestão/minimização de um dos problemas emergentes percecionados no meu contexto de trabalho e que se prende com a segurança na prescrição de medicação do ambulatório.

Assim, a temática da segurança do doente constitui o enfoque deste trabalho, que foi realizado nos Serviços de Cirurgia Geral e Medicina Interna entre 1 de Novembro de 2010 e 12 de Junho de 2011, numa Instituição de Saúde da zona norte do país. Articulando o meu projeto profissional, o projeto institucional e projeto formativo, o presente trabalho insere-se no Curso de Mestrado em Gestão das Organizações – Ramo Unidades de Saúde, desenvolvido pela Associação de Politécnicos do Norte (APNOR), no Politécnico de Viana do Castelo. Visa-se primordialmente implementar um projeto inerente à sinalização do erro clínico no âmbito da prescrição da “Medicação do Ambulatório”, e promover a prática da notificação do erro clínico como garantia da melhoria contínua da segurança dos cuidados. Com base nos pressupostos ideológicos, teóricos e metodológicos sumariamente enunciados, para a sua consecução recorri a uma ferramenta estruturante, o Ciclo de Deming, também designado de PDCA (Plan, Do, Check, Action).

Tendo por base o facto de o diagnóstico se constituir numa das etapas de relevância crucial para todo o trabalho a desenvolver, procurei objetivar tanto quanto possível a problemática percecionada. Assim, procedi a um estudo de natureza quantitativo, descritivo, transversal e retrospectivo. Com base no procedimento da instituição “Procedimento: Medicamentos do domicílio de doentes em regime de internamento” elaborou-se e aplicou-se uma grelha para análise do grau de conformidade com a mesma, estruturada de forma a identificar o erro mais frequente, bem como as suas especificidades. Constatou-se que no processo de prescrição da “Medicação do Ambulatório” (MA) os erros mais frequentes ocorrem associados à falta de prescrição da dosagem e do horário do medicamento e à sinalização enquanto MA em 79,4% (234) das situações, quando nos termos do procedimento deveriam seguir o procedimento da prescrição hospitalar.

Após apresentação dos resultados no serviço de Cirurgia Geral, foram negociadas algumas medidas corretivas, nomeadamente uma reunião com equipa médica, pretendendo-se promover o envolvimento dos profissionais, com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços prestados.

Esse propósito, foi de certo modo conseguido, constatando-se numa re/avaliação à posteriori uma evolução favorável dos resultados. No serviço de Medicina Interna, por constrangimentos de ordem temporal, não foi possível proceder aos mesmos desenvolvimentos.

Palavras-Chave: Segurança, Risco, Prescrição médica, Erro

RESUMO

La seguridad es una dimensión importante de la calidad que se refiere al derecho de las personas en no exponerse a riesgos y daños innecesarios. Errores, violaciones y fallas en el proceso de cuidado aumenta el riesgo de incidentes que causen daños a los pacientes.

En los servicios de salud, la necesidad de implementar sistemas formales de Garantía / Gestión de la Calidad es tan urgente como cualquier otro servicio donde sea importante fomentar la evidencia objetiva de que la calidad ha alcanzado los niveles deseados. Impregnada de estos supuestos conceptuales, me propuse intervenir en esta área, me he centrado en la gestión / minimización de los problemas emergentes percpcionados en el contexto de mi trabajo y lo que se refiere a la seguridad en la prescripción de medicación en el ambulatorio.

El tema de la seguridad del paciente se pone de relieve en este trabajo, que se realizó en el servicio de Cirugía General y Medicina Interna entre el 1 de Noviembre 2010 al 12 de Junio de 2011, en una Institución de Salud en la zona norte del país. Articulando mi proyecto profesional, proyecto institucional y proyecto de formación, este trabajo forma parte de un Máster, en Gestión de las Organizaciones – Área de Unidades de Salud, desarrollado por la Asociación de Politécnicos del Norte (APNOR) en el Politécnico de Viana do Castelo. La finalidad es ante todo, la implementación de un proyecto sobre la señalización de los errores clínicos inherentes a la "medicación del ambulatorio", también el deseo de promover la práctica de la notificación de errores clínicos, como garantía de la mejora continua de la seguridad en los cuidados. Con base en los supuestos ideológicos, teóricos y metodológicos establecidos, para alcanzarlo se utilizó una herramienta de estructuración del Ciclo de Deming, también conocido como el PDCA (Plan, Do, Check, Action).

Con base en el hecho de que el diagnóstico constituye uno de los pasos de vital importancia para todo el trabajo a desarrollar, intente tanto como sea posible objetivar el problema percpcionado. Por lo que procedí a un estudio de naturaleza cuantitativo, descriptivo, transversal y retrospectivo. Con base en el procedimiento de la institución "Procedimiento de Drogas de la casa de los pacientes en hospitalización", se ha elaborado y aplicado una red de análisis para evaluar el grado de cumplimiento, estructurada de forma a identificar el error más común, así como sus especificidades. Se encontró que en el proceso de la prescripción de "medicación clínica" se producen errores más frecuentemente asociados con la falta de prescripción de la dosis, el calendario de la droga y la señalización como "Medicación de Ambulatorio" en el 79,4% (234) de las situaciones cuando en virtud del procedimiento deberían seguir los procedimientos de la prescripción del hospital.

Después de la presentación de los resultados en el Servicio de Cirugía General, fueron negociadas algunas medidas correctivas, como una reunión con el equipo médico, en la que se pretendía promover una mayor participación de los profesionales, con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios prestados. Este propósito, fue en cierto modo conseguido, constatándose en una re/evaluación a posteriori una evolución favorable de los resultados.

En el servicio de Medicina Interna, por problemas de orden temporal, no fue posible implementar las mismas medidas de actuación.

Palabras clave: Seguridad, Riesgo, Prescripción médica, Error

SUMMARY

Security is an important dimension of quality that refers to the right of people not to be exposed to unnecessary risks and harm. Errors, violations and flaws in the care process increase the risk of incidents that cause injuries to patients.

In health services, the need to implement formal systems of Assurance/Quality Management is as urgent as in any other service in which it is important to provide objective evidence that Quality has reached the desired levels. Imbued with these conceptual assumptions, I have proposed to intervene in this area, focusing on the management/minimization of one of the emerging problems perceived in my working context, and which relates to the safety of ambulatory prescription medication.

Thus, the theme of patient safety is the focus of this work, which was held at General Surgery and Internal Medicine services between November 1st, 2010 and June 12th, 2011, in a Health Institution located in the northern area of the country. Connecting my professional project with the institutional and formative projects, this Work is part of the Master's Degree in Organizations Management—branch of Health Units, developed by the Northern Polytechnics Association (APNOR), in Viana do Castelo's Polytechnic Institute. The main purpose is to implement a project that signs the clinical error within the prescription of "Ambulatory Medication", and promote the practice of clinical error notification to guarantee the continuous improvement of the safety of clinical care. Based on the ideological, theoretical and methodological assumptions briefly enounced, to achieve it we have used a structuring tool, the Deming Cycle, also known as PDCA (Plan, Do, Check, Action).

Based on the fact that diagnosis is one of the stages of crucial importance for all the work to develop, we tried to objectify as much as possible the perceived problem. Therefore, we undertook a study of quantitative, descriptive, cross-sectional and retrospective nature. Using the procedure of the institution "Procedure: medications from home of patients on an inpatient basis", was drawn up and applied an analysis framework to assess the degree of compliance with it, in order to identify the most common error as well as its specificities. It was observed that in the prescription process of "Ambulatory Medication", the most recurrent errors occur associated with the lack of dosage prescription and the medication schedule, as well as with the signalization as "Ambulatory Medication" in 79,4% (234) of the situations, when in accordance with the procedure, the hospital prescription procedures should be followed.

Following the presentation of results in the General Surgery service, a few corrective measures have been negotiated, including a meeting with the medical team, intended to promote the involvement of all professionals, in order to improve the quality of services provided. That purpose was somehow achieved, and a favorable development of the results has been observed in a subsequent reassessment.

In the Internal Medicine service it wasn't possible to carry out the same developments, due to constraints of temporal order.

Keywords: Security, Risk, Medical prescription, Error

Agradecimentos

Durante o desenvolvimento deste trabalho, muitas foram as sugestões de colegas e amigos. Cabe-me a mim deixar expresso o reconhecimento a todos aqueles que, diretamente ou indiretamente contribuíram para a realização do mesmo.

Agradeço à Professora Doutora Carmina Morais, orientadora deste trabalho, o empenho, dedicação, respeito, disponibilidade e espírito crítico que demonstrou desde sempre para a conquista do mesmo.

Um agradecimento especial à Dra. Cristina Sales, com ampla experiência do Serviço de Gestão da Qualidade, co-orientadora deste estudo, um agradecimento profundo pelo seu contributo para a realização do trabalho

Aos meus pais, que no local onde estão, certamente me apoiaram e deram força para continuar...A uma pessoa muito importante na minha vida, que sempre me incentivou não me deixando desistir...aos meus familiares que sempre acreditaram que a finalização deste trabalho era possível e me estimularam para conseguir mais este objetivo de vida.

Aos meus amigos pelo incentivo constante, perseverança e carinho.

À Instituição de Saúde, nomeadamente aos responsáveis pela Gestão de Risco Clínico e Gestão de Risco Geral, que gentilmente colaborou e contribuiu através da facilitação de todo o material possível e necessário para o desenvolvimento deste projeto.

Ao serviço onde exerço funções, às colegas de trabalho e Enf.^a chefe, por toda a disponibilidade facultada.

Aos colegas de Mestrado, pelos momentos que passamos durante este curso e pelas trocas de experiências que me proporcionaram.

Ao Instituto Politécnico de Viana do Castelo, nomeadamente à Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo pelo contributo em mais uma etapa da minha formação.

ABREVIATURAS

cit. Citado
n.º Número
p. Página

SIGLAS E ACRÓNIMOS

AHRQ	Agency for Health Care Research and Quality
APA	American Psychological Association
APNOR	Associação de Politécnicos do Norte
CHKS	Caspe Health Care Knowledge Systems
Esp. Cir.	Especialidades Cirúrgicas
FHNM	Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos
INE	Instituto Nacional de Estatística
IOM	Instituto de Medicina dos Estados Unidos
ISO	International Organization for Standardization
KFHQS	King`s Fund Health Quality Service
MA	Medicação do Ambulatório
NCCMERP	National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention
OBS	Observações
OMS	Organização Mundial de Saúde
PATH	Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals
PDCA	Plan, Do, Check, Action
QT	Qualidade Total
REPE	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
SAM	Sistema de Apoio ao Médico
SAPE	Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SCD/E	Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem
SGQ	Sistema de Gestão de Qualidade
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
UCI	Unidade Cuidados Intensivos
UCIM	Unidade Cuidados Intermédios de Medicina
UCIN	Unidade Cuidados Intensivos Neonatais

INDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	1
PARTE I: UM OLHAR SOBRE O ERRO CLÍNICO NA PERSPETIVA DA SEGURANÇA DOS CUIDADOS DE SAÚDE: CONSTRUÇÃO REFERENCIAL DE PARTIDA.....	4
1. DA QUALIDADE ÀS ESPECIFICIDADES DA QUALIDADE EM SAÚDE	6
2. ERRAR É HUMANO – DELIMITANDO A PROBLEMÁTICA.....	10
3. (RE)PENSAR A SEGURANÇA DO UTENTE: MUDAR EM DIREÇÃO À QUALIDADE.....	14
PARTE II: SINALIZAÇÃO DO ERRO CLÍNICO: PRESCRIÇÃO DE MEDICAÇÃO – UM [PER]CURSO NA SEGURANÇA DOS CUIDADOS.....	24
1. ANÁLISE DE SITUAÇÃO.....	26
1.1. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTUDO	27
1.2. PROCESSO DE PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS: DO PROCEDIMENTO PRECONIZADO À SITUAÇÃO EXISTENTE.....	33
2. PLANO DE AÇÃO.....	38
3. AÇÃO DESENVOLVIDA.....	40
4. AVALIAÇÃO INTERCALAR	46
5. IMPLEMENTAÇÃO DE MEDIDAS CORRETIVAS.....	50
6. SUGESTÕES.....	51
CONCLUSÃO.....	53
BIBLIOGRAFIA.....	56
WEBGRAFIA.....	60
APÊNDICES.....	61
ANEXOS	63

INDICE DE APENDICES E ANEXOS

Apêndice I: Planificação das atividades.....	62
Apêndice II: Atividades planeadas no âmbito das medidas corretivas.....	60
Apêndice III: Grelha de Análise	61
Apêndice IV: Pedido de Autorização	62
Anexo I: Procedimento: Medicamentos do domicílio de doentes em regime de internamento.....	64

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 - <i>Print screen</i> da Prescrição da “Medicação de Ambulatório” de forma normalizada	36
Figura 2 - <i>Print screen</i> do Processo de Enfermagem relativos à medicação prescrita de forma normalizada	36
Figura 3 - <i>Print screen</i> da Prescrição da “Medicação de Ambulatório” de forma não normalizada	37
Figura 4 - <i>Print screen</i> do Processo de Enfermagem relativos à medicação de forma não normalizada	38

INDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Notificações de ocorrências de Risco Clínico desde os meados de 2008 até 31 de Outubro de 2011	33
Tabela 2 - Variação do número de prescrições da “Medicação do Ambulatório” nos meses estudados	41
Tabela 3 - Prescrição de “Medicação do Ambulatório” que faz parte do FHNM, por serviços estudados	42
Tabela 4 - Prescrição de “Medicação do Ambulatório” em cada um dos cinco serviços estudados quanto à medicação que faz parte do Prontuário Hospitalar	43
Tabela 5 - Prescrição de “Medicação do Ambulatório” em cada um dos cinco serviços estudados quanto à medicação que não faz parte do Prontuário Hospitalar	45
Tabela 6 - Prescrição de “Medicação do Ambulatório” que fazem parte do prontuário hospitalar antes e após reunião com equipa médica dos serviços de Cirurgia Geral	47
Tabela 7 - Variação da prescrição de “Medicação do Ambulatório” que fazem parte do prontuário hospitalar antes e após reunião com equipa médica dos serviços de Cirurgia Geral	48
Tabela 8 - Variação da prescrição de “Medicação do Ambulatório” que não fazem parte do prontuário hospitalar antes e após reunião com equipa médica dos serviços de Cirurgia Geral	49

INTRODUÇÃO

A qualidade nos serviços de saúde é assumida por todos como um caminho e uma meta a ser atingida. Silva (2001) afirma que a qualidade é hoje, universalmente, reconhecida como satisfação das necessidades explícitas e implícitas do utente a custos adequados tornando-se num imperativo para todas as organizações públicas pela necessidade de contenção orçamental, pelo maior nível de exigências do cidadão, pela referência que o Estado ainda assume face à Sociedade, apesar de ser menor, e pela diversidade de bens e serviços que presta à comunidade. Justifica-se por razões de ordem social, ética, profissional e económica.

Para se garantir a qualidade é necessário conhecer as principais componentes do conceito de qualidade, para posteriormente elaborar um programa de garantia, avaliar de uma forma sistemática a execução do mesmo e definir o modelo concetual a aplicar.

Em 1997, o Ministério da Saúde instituiu, como objetivo prioritário, a definição de uma política de qualidade para o setor, o desenvolvimento e implementação de sistemas de qualidade e a criação do Instituto da Qualidade na Saúde, para apoiar as organizações na melhoria da qualidade (Saúde M. d., 1999).

Também no Plano Nacional de Saúde 2011-2016 uma das orientações é a qualidade dos cuidados, nomeadamente, a qualidade da estrutura que dá ênfase aos recursos utilizados para atingir os resultados esperados e a qualidade dos processos considerando a dimensão técnica, a dimensão das relações interpessoais e a dimensão organizacional.

Incluindo esta estratégia de atuação, de acordo com Pisco (2002), assumiu considerável importância o programa nacional de acreditação de hospitais, como um programa de melhoria e desenvolvimento interno dos mesmos, partindo do seu voluntarismo na adesão ao programa e obtido através do cumprimento de um conjunto de padrões e critérios avaliados externamente.

Os processos de qualidade, nos quais se inclui a acreditação trazem grandes vantagens aos utentes e profissionais das organizações de saúde, uma vez que permitem clarificar todos os procedimentos organizacionais, os direitos e necessidades dos utentes, melhorar a articulação com os diferentes níveis de cuidados de saúde e a população alvo. O aumento de exigência das populações, em relação à qualidade dos cuidados de saúde, foi um dos fatores que levou à implementação de sistemas de melhoria contínua da qualidade, sendo, também resultado da sua implementação pelo que implica uma gestão e um comportamento institucional que seja claro, protetor e defenda simultaneamente os direitos dos profissionais, utentes e conduza a uma avaliação positiva dos cidadãos.

A área da prestação de cuidados de saúde que envolve a medicação constitui uma substancial fonte de eventos adversos que ocorrem nas instituições de saúde (Bates, Morimoto, Gandhi, & Hsieh, 2004). Estes são comuns na maior parte dos ambientes clínicos, incluindo em serviços de internamento de utentes adultos com uma incidência de 6,5%, de crianças com 2,3% e também em serviços de ambulatório, apresentando uma incidência de 27,4% (*Ibidem*).

Errar é humano, mas quando no erro estão envolvidas pessoas, seres humanos, a percepção que fica após a leitura de tal expressão é que a pretensa desculpabilização que a mesma encerra, não se aplica. Reason (2005) preconiza que os humanos são falíveis e os erros devem ser esperados, mesmo nas melhores organizações. Todos aqueles que fazem parte do universo de profissionais da saúde são seres humanos, falíveis como quaisquer outros. No entanto, as expectativas criadas em redor da saúde, quer no que refere à acessibilidade aos cuidados quer no que diz respeito à qualidade da prestação dos mesmos, não permitem toda ou quaisquer aceitações por parte do indivíduo face ao insucesso.

Se é certo que a saúde é um tema sensível para todos, os erros que neste âmbito sucedem, se não podem ser totalmente eliminados, têm que servir para crescimento e progresso, para a melhoria das condições assistenciais que preconizam. Se os seres humanos são capazes de errar, também são capazes de utilizar a sua inteligência e aprender algo com o que fizeram, bem ou mal. Aos agentes de saúde compete detetar, analisar e divulgar os eventos para prevenir o próximo erro. Se é inevitável que aconteça, espera-se que pelo menos, não, com a frequência de hoje.

A prática da medicação numa organização hospitalar pode ser definida como um sistema complexo, com vários processos interligados, interdependentes e executado por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, nomeadamente, médicos, enfermeiros e equipa farmacêutica, que compartilham de um objetivo comum, que é a prestação de cuidados aos utentes com qualidade, eficácia e segurança.

Assim, torna-se importante a elaboração de um projeto, cujo sucesso levará a uma maior eficiência na prestação de cuidados, maior diálogo entre os diferentes atores, exigindo esforço de todos para a sua concretização traduzindo-se em benefícios para o utente/família e promovendo a credibilidade da própria instituição de saúde.

A escolha desta problemática: “Sinalização do Erro Clínico – Prescrição de Medicação: Um contributo para a melhoria da Qualidade em Saúde” refere-se à prescrição da Medicação do Ambulatório, medicação que o utente faz no domicílio e que pode manter durante o internamento, estando preconizado utilizar-se a do utente, somente no caso da mesma não ter similar no Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos.

Relaciona-se com a necessidade sentida de conhecer os processos relacionados com a utilização deste tipo de medicação no internamento, decorrente da percepção das dificuldades sentidas e manifestadas pela equipa de enfermagem na administração da mesma.

Para isso, pretendo:

- ✓ Implementar um projeto inerente à sinalização do erro clínico no âmbito da prescrição da Medicação do Ambulatório;
- ✓ Promover a prática da notificação do erro clínico como garantia da melhoria contínua da segurança dos cuidados.

Com este trabalho não pretendo delimitar conceitos, enclausurar as causas do erro, atribuir responsáveis, nem alcançar resultados definitivos. Ambiciono evidenciar a pertinência da problemática desenvolvida, por esta se fundar num problema da prática quotidiana, contribuindo para a sua minimização/gestão.

O percurso efetuado consubstanciou este relatório inscrito no Trabalho Projeto de Mestrado, do Curso de Mestrado em Gestão das Organizações – Ramo Unidades de Saúde, desenvolvido pela Associação de Politécnicos do Norte (APNOR), no Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Com a sua elaboração, pretendo:

- ✓ Refletir sobre o trabalho desenvolvido no âmbito da problemática;
- ✓ Dar conta de todo o desenvolvimento do trabalho projeto;
- ✓ Fazer uma análise crítica;
- ✓ Adquirir a qualificação de Mestre.

No sentido de atingir os objetivos formulados, dividi em duas partes. Na primeira exponho referencial teórico que sustenta o percurso a seguir. Na segunda apresento as metodologias do projeto de ação, as opções metodológicas e, por fim, os instrumentos de colheita de dados escolhidos no sentido de atingir os objetivos delineados, com vista a analisar as necessidades de formação relativamente à problemática em estudo. A elaboração deste trabalho foi desenvolvido segundo as normas APA e escrito segundo o novo acordo ortográfico.

Espero assim, providenciar com este trabalho uma leitura leve e agradável, mas ao mesmo tempo repleto de conteúdo e conhecimento.

**PARTE I: UM OLHAR SOBRE O ERRO CLÍNICO NA PERSPETIVA DA SEGURANÇA DOS
CUIDADOS DE SAÚDE: CONSTRUÇÃO REFERENCIAL DE PARTIDA**

Para se garantir a qualidade nos cuidados de saúde é necessário conhecer as principais componentes do conceito de qualidade, elaborar um programa de garantia da qualidade, avaliar de uma forma sistemática a execução do programa e definir o modelo conceptual a aplicar. Deve ser entendida como o produto final de uma cadeia, rede de trabalho, onde atuam diversos prestadores, com diversos níveis de formação, mas em que todos eles contribuem para o resultado final.

Deve-se estabelecer os riscos e compreender que a segurança não reside numa pessoa, produto ou departamento e que a mesma emerge da interação dos componentes de um sistema. Importa então, estabelecer sistemas operacionais seguros e construir um sistema de saúde, de modo a assegurar que os pacientes estejam livres de danos acidentais.

Nesta parte do trabalho apresentarei, uma perspetiva sobre o enriquecimento enquanto dimensão intrínseca da qualidade dos cuidados de saúde oferecidos por uma instituição, a segurança do utente e o erro em geral.

1. DA QUALIDADE ÀS ESPECIFICIDADES DA QUALIDADE EM SAÚDE

Eggli e Halfon (2003) referem que na última década foram introduzidas várias abordagens para ajudarem os hospitais a melhorar a qualidade dos cuidados. Uma focam a competência profissional, através de normas clínicas, educação contínua dos médicos e revisão da semelhança clínica; outras com controlo externo através da publicação de relatórios de desempenho e ainda as abordagens organizacionais baseadas na experiência da indústria. Contudo, são intervenções isoladas que têm pouco efeito e as estratégias para a garantia da qualidade não podem ser isoladas, sendo a sua natureza contínua, uma dimensão fundamental para Saltman e Figueras (1997) que também consideram importante a medição da qualidade e a diferenciação entre abordagens internas e externas.

A globalização dos mercados torna mais prementes as questões da qualidade. De facto, a maioria dos parceiros económicos não admite a não qualidade. Por outro lado a qualidade é já uma filosofia de atuação nas empresas modernas e competitivas, tornando-se cada vez mais numa questão de acesso a mercados mais exigentes. O interesse crescente em produzir com qualidade e demonstrá-lo é uma diferenciação positiva, que se tem vindo a afirmar em todas as áreas de atividade. A adoção de estratégias de Gestão de Qualidade deverá ser uma decisão estratégica da organização. A conceção e a implementação das mesmas, numa organização são influenciadas por diversos fatores: pelo ambiente organizacional, mudanças e riscos associados a esse ambiente; por necessidades variáveis; interesses particulares; pelos produtos que proporciona; pelos processos que utiliza e pelas suas dimensão e estrutura organizacionais. Estas podem ser implementadas numa organização, para melhoria interna e estar, ou não, interessada no reconhecimento externo.

O termo Qualidade vem do latim *Qualitas*, e é utilizado em situações bem distintas, nomeadamente quando se fala da qualidade de vida das pessoas de um país ou região, da qualidade da água que se bebe ou do ar que se respira, quando se fala da qualidade do serviço prestado por uma determinada empresa, ou ainda quando se fala da qualidade de um produto. Como o termo tem diversas utilizações, o seu significado nem sempre é de definição objetiva.

Da análise de diferentes documentos e discursos emanam diferentes semânticas, designadamente quando é empregue por políticos (pretende-se a satisfação da população), gestores (preocupação com os gastos económicos), prestadores de cuidados (boas condições de trabalho onde se incluem recursos humanos e materiais suficientes) ou utentes (equidade/acessibilidade aos cuidados, relações interpessoais gratificantes, etc.).

No vocabulário da língua portuguesa, qualidade é definida por propriedade ou condição natural de uma pessoa ou coisa que a distingue das outras, valor, distinção, plano elevado. Nesta condição,

o ser humano, ao longo da sua história, tem provado que na sua busca incessante em obter as melhores condições, de forma a satisfazer as suas necessidades, o aperfeiçoamento e melhoria das suas técnicas e invenções, tem-se pautado por uma força motriz que existe dentro de nós, e nos arrasta a procurar a melhoria. É pois uma cultura que só se atinge com a interiorização, a vivência e o esforço contínuo de todos para fazer bem e produzir o melhor, definir o que é desejável e agir em conformidade com os padrões estabelecidos.

Até metade dos anos 80, o debate sobre a qualidade em saúde referia-se somente à dimensão técnica. Entretanto o risco de reduzir a qualidade a essa dimensão, com preocupantes efeitos da responsabilização dos profissionais de saúde, favoreceu o desenvolvimento de uma segunda etapa da qualidade a partir do final dos anos 80. Contudo, é a partir de estudos de Donabedian (1989) que a garantia de qualidade se desenvolve conceitual e metodologicamente, e se difunde graças ao apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS). Sucessivamente, foram surgindo outros métodos para monitorizar e avaliar a qualidade técnica da atenção à saúde. Esse segundo momento focaliza-se nos aspetos organizacionais e de gestão.

Os sistemas de qualidade total e melhoramento contínuo da qualidade concentram-se na gestão dos processos de saúde orientados para as expectativas dos clientes, baseiam-se numa abordagem de gestão sistemática, suportada nos princípios da organização, nas práticas e processos, que procura a melhoria contínua da qualidade dos produtos e serviços através da melhoria dos processos e do retorno da informação dos colaboradores e dos utentes.

Como princípios organizacionais, entendem-se a focalização no utente, a melhoria contínua e o trabalho em equipa. A melhoria contínua é uma abordagem da qualidade que introduz instrumentos/metodologias de gestão, para além das ferramentas tradicionais da garantia da qualidade, com ênfase na organização e nos sistemas, tendo como principais objetivos: relevância dos processos em detrimento do indivíduo; salientar a importância dos utentes “internos” e “externos”; promover a evidência objetiva como elemento fundamental na tomada da decisão e na melhoria dos processos.

As perspetivas de gestão encaram a qualidade como uma entidade ou processo autónomo que pode ser planeado, gerido e controlado com a ajuda de conhecimentos técnicos e da gestão. Pressupõe princípios de gestão da qualidade que, se baseiam no melhor uso dos recursos, orientação para os clientes e planeamento de ações com impacto na melhoria da qualidade dos serviços.

O Ministério da Saúde considera que a Qualidade, apresenta algumas características específicas que a diferenciam da Qualidade Organizacional noutros campos e atividades, na medida em que procura satisfazer e diminuir as necessidades em cuidados de saúde do cidadão e não responder à procura, oferecendo sempre mais (Pessoa, 2005).

A necessidade de um sistema de qualidade foi identificada pela OMS Europa, na declaração “Saúde para todos no ano 2000”, Meta 31, e pelo Conselho da Europa na sua recomendação 17/79

do Conselho de Ministros, referindo-o como um conjunto integrado de atividades planeadas, baseado em metas explícitas e na avaliação do desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, com o objetivo de melhoria contínua.

Berwick cit in. Sale (1998) refere que, para a melhoria contínua da qualidade, são fundamentais três pontos de ação: os esforços para conhecer cada vez mais a fundo o utente e ir associando constantemente esse conhecimento às atividades diárias das organizações; os esforços para modelar a cultura das organizações, principalmente através da ação dos líderes, no sentido de promover o brio, a alegria, a colaboração e o pensamento científico; os esforços para aumentar de forma continuada os conhecimentos acerca do controlo da variação dos processos de trabalho, através da utilização generalizada de métodos científicos de recolha de dados, análise e ações daí derivadas. Para o referido autor quando estes três esforços são desenvolvidos em sincronia uma organização floresce e melhora continuamente.

No âmbito dos cuidados de saúde, e segundo a Associação Internacional de Epidemiologia (Ribeiro, Carvalho, Ferreira, & Ferreira, 2008) a qualidade é considerada como um nível de execução e realização que caracteriza a assistência prestada, consistindo na contribuição do serviço para o êxito do tratamento, do resultado clínico ou qualquer forma de resultado dos problemas de saúde dos utentes. Significa ainda o grau de adequação ou excelência alcançado na execução das ações e serviços, medido através de comparação com parâmetros aprofundados ou critérios de avaliação, nomeadamente auditoria/monitorização. Nessa mesma direção, é preciso mencionar outros métodos de avaliação da qualidade na visão do gestor, tais como a certificação da qualidade e a acreditação institucional.

Por seu turno, também o conceito de qualidade em saúde tem muitas facetas e autores diferentes podem utilizar significados distintos para esse termo.

▪ **Qualidade nos cuidados de saúde**

No contexto dos sistemas europeus de saúde foram identificadas sessenta diferentes abordagens do tema da qualidade dos serviços de saúde. Leituras redutoras da qualidade, ainda comuns no campo da saúde, fazem referência à qualidade entendida como eficácia técnica preocupada exclusivamente com aspetos diagnósticos e terapêuticos; qualidade interessada somente em aspetos relacionados com gastos em saúde; qualidade que considera somente as percepções e opiniões dos utentes excluindo a perspetiva de outros atores envolvidos no processo. A qualidade em saúde não se relaciona, exclusivamente com um ou outro desses aspetos, resulta de uma vantajosa integração e relação entre eles.

A complexidade da qualidade depende de vários fatores que enriquecem o conceito de qualidade da atenção à saúde ao mesmo tempo que o tornam de difícil definição.

Essa complexidade depende de variados fatores: em primeiro lugar é preciso assinalar a complexidade da mesma conceção de Saúde, que considera a pessoa na sua unidade bio-psico-

social, incluindo os componentes espirituais e relacionais. Tal complexidade é reforçada pela variedade de atores que agem no âmbito dos sistemas de saúde e pela diversidade dos pontos de vista.

A multiplicidade de abordagens e metodologias de análise da qualidade depende também do caráter intimamente multidimensional do conceito de qualidade. Nesse sentido, a OMS considera que a assistência qualitativamente adequada deve incluir a qualidade técnica, uso eficiente de recursos, controlo dos riscos oriundos das práticas assistenciais, acessibilidade da atenção e aceitabilidade por parte dos utentes.

É preciso também focar peculiaridades das ações de saúde que não produzem bens, mas serviços. Distintamente do que acontece numa empresa industrial, o produto nos serviços de saúde é o resultado do contato direto entre profissionais e utentes, e das ações e interações que constituem essa relação.

Finalmente, a conceção de qualidade é condicionada por fatores contextuais históricos, culturais, políticos, sociais e institucionais.

De entre as mais redutoras e as mais complexas e variadas definições apresento a de Lohr (1990) que menciona a qualidade em saúde como o grau em que os sistemas e serviços de saúde prestados aos indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional corrente.

Por sua vez, a OMS descreve como “[o] grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual” (WHO, 2008, p. 22). Justifica-se por várias razões, entre as quais destacam-se as de ordem social, existe cada vez maior exigência e expectativas por parte dos utentes; de ordem ética, exigência ao nível de formação e conhecimentos; profissional, desenvolvimento de boas práticas, valorização e satisfação dos prestadores de cuidados e de ordem económica, racionalização dos recursos e desenvolvimento, por parte, das organizações de uma Cultura da Qualidade na Saúde.

De acordo com (Orlando & Rosa, 1997), por cuidados de saúde de qualidade entendem-se os que maximizam a satisfação dos intervenientes em todas as etapas do processo do cuidar. Nesta perspetiva, a satisfação do utente opera como um indicador da qualidade, na medida em que reflete as visões dos utilizadores, tanto sobre as características do processo de que foram alvo, como acerca da conformidade dos resultados com as suas expectativas. A perspetiva do utente é considerada indispensável, tanto para monitorizar a qualidade dos serviços de saúde como para identificar problemas a corrigir, expectativas em relação aos cuidados e ainda reorganizar serviços de saúde (McIntyre & Sofia, 1999). As características reconhecidas como qualidade pelos utentes diferem das identificadas pelos clínicos. Para os utentes, um ambiente holístico, com envolvimento da família e dele próprio, uma comunicação eficaz entre os que prestam os cuidados de saúde e enfermeiros disponíveis, eficientes e empenhados são identificados como indicadores de

qualidade (Taylor cit. In Holman, 2000). Para os clínicos, o método mais preciso para determinar percepções de qualidade consiste, simplesmente, em perguntar. Quando os utentes se dizem insatisfeitos com os cuidados prestados, tentar descobrir a deficiência e encontrar o que para estes significa qualidade, pode permitir uma mudança no nível de satisfação (Duchen cit in Holman, 2000).

Assim sendo, a relação entre os cuidados que os profissionais de saúde prestam e as necessidades e expectativas dos utentes, constituem um desafio promissor à avaliação da satisfação dos utentes, funcionando esta relação como um importante e legítimo indicador da qualidade.

As mudanças existentes no nosso quotidiano e que se impõem no quadro desta problemática constituem, um desafio constante para a prática profissional.

Desde 2002 a melhoria contínua da qualidade, tem sido uma prioridade estratégica para os serviços que atualmente integram esta Instituição de Saúde. O regulamento interno inclui referências ao desenvolvimento e aplicação de sistemas de qualidade através da implementação de estratégias e uma metodologia de melhoria contínua e garantia da mesma. A Política de Qualidade assenta atualmente nas orientações internacionais inerentes ao processo de certificação (ISO 9001) e de acreditação CHKS.

2. ERRAR É HUMANO – DELIMITANDO A PROBLEMÁTICA

Os conceitos factor humano e, posteriormente, erro humano, foram amplamente utilizados pelo psicólogo cognitivo James Reason, Professor de Psicologia da Universidade de Manchester e membro da Sociedade Britânica de Psicologia, nos estudos por ele desenvolvidos (2008) na busca do entendimento dos mecanismos do comportamento humano na ocorrência do erro. Esses estudos e subsequentes publicações foram inicialmente direcionados à área da aviação, posteriormente às indústrias de grande porte e, mais recentemente, à área de saúde. A Segurança do utente, definida pela OMS como a ausência de dano potencial ou desnecessário para o utente associado aos cuidados em saúde, e a capacidade de adaptação das instituições de saúde em relação aos riscos humanos e operacionais inerentes ao processo de trabalho, são o foco central desses estudos.

O erro é um assunto de difícil abordagem, e, geralmente as discussões direcionam-se para a responsabilização de um culpado e não propiciam oportunidades que visem à melhoria do sistema com o objetivo de prevenir falhas. Segundo Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ Canadá 2008) a medida da taxa de erros é considerada um dos melhores indicadores de qualidade de um sistema de distribuição de medicamentos em hospitais e é utilizada para avaliar a segurança destes sistemas.

Pepper (1995) afirma que “[u]m indivíduo raramente é a única causa de um erro (...) e que os erros deveriam ser considerados como falhas de sistemas, ao invés de falhas do indivíduo” (como cit. em Cassiani 2000, p.24). Este autor pretende dar relevância ao erro na ótica do sistema, não ilibando de todo o indivíduo pela falha cometida. Ainda recentemente, na perspectiva de Fragata e Martins (2004) os danos resultantes do cometimento de erros são avaliados à luz da culpabilização de um indivíduo, como se este se encontrasse isolado do meio em que o erro ocorreu. Esta atitude não serve à prevenção porque apenas impediu que um só indivíduo errasse de novo, enquanto permitirá que outros mantenham a trajetória potencial de erro e voltem a cometer erros do mesmo tipo.

A abordagem sistêmica permite avaliar o sucedido de uma forma pragmática, não servindo para justificar erros, mas para os contextualizar, dar-lhes forma, para que possam ser entendidos numa tónica global, como refere Fragata e Martins (2004) corrigindo à posteriori “[o]s circuitos em falta, e promovendo os mecanismos de segurança que tornassem menos provável que outros errem e, caso errem, permita que os erros cometidos causem o menor dano possível” (p. 41). De acordo com o mesmo autor, num sistema complexo existem sempre elementos de vulnerabilidade que residem na própria estrutura do sistema e que facilitam ou potenciam a ocorrência de erros e que representam a morbilidade do sistema.

Segundo o mesmo autor, os acidentes (fenómenos descontínuos) definem-se como um evento não esperado e não desejado mas que determina necessariamente danos pessoais, comprometendo um todo, e que ocorre de modo não intencional, resultado na maioria dos casos, de uma sucessão, encadeamento e conjugação de episódios ou eventos adversos, que resultaram ou não em erros.

Pode-se definir eventos adversos, segundo o mesmo autor, como sendo complicações indesejadas que resultam da intervenção dos cuidados de saúde ou da sua falta, não atribuídas à evolução natural da doença de base. Constituem atualmente um dos maiores desafios para o aprimoramento da qualidade na área da saúde: a sua presença reflete o marcante distanciamento entre o cuidado ideal e o cuidado real. Obrigatoriamente acarretam lesões mensuráveis nos utentes afetados: óbito ou aumento do tempo de internamento.

O estudo da ocorrência de quase erros permite detetar erros e prevenir acidentes. Estes eventos adversos são, praticamente, invisíveis dado que não causam danos relevantes, passando por isso despercebidos. A consciência de que é possível evitar um acidente e acautelar a segurança do utente é fundamental e passa por identificar os que já aconteceram, desconfigurá-los até chegar aos eventos adversos (lapsos, enganos, violações) que ocorrem antes do acidente. Decorre desta consciência o reconhecimento de que para que estes procedimentos aconteçam, é obrigatório reportar os erros, os eventos adversos, para que possam ser trabalhados com o objetivo de aprender.

Na perspectiva de Fragata e Martins (2004), trata-se de incutir nos cuidados de saúde e nas organizações que os prestam uma verdadeira cultura de risco e de segurança, que proceda à

gestão do risco clínico passando por aceitar que acidentes acontecem, não isoladamente, não individualmente, mas como resultado de trajetórias complexas de erros ou de falhas, na sua maioria evitáveis.

Em presença de um erro há sempre a considerar diferentes pontos de vista, “[e]m primeiro lugar o da vítima, o utente, que é lesado fisicamente e defraudado, moralmente nas suas legítimas expectativas de melhoria ou de cura. Em segundo lugar, o do, ou dos profissionais envolvidos (...). Finalmente existem os familiares do utente, os responsáveis institucionais, a opinião pública e a sociedade em geral” (Fragata & Martins, 2004, p. 273).

O utente tem por isso direito à verdade sobre tudo o que o envolve. Se sobre si foi praticado um erro, pelo princípio ético da justiça, ele tem direito a ter conhecimento do mesmo e a ser reparado fisicamente e indemnizado pelos danos causados.

É, em todas as situações muito difícil lidar e admitir o erro, ainda mais profissional e que envolve pessoas, quer pela natural frustração, quer pela inevitável comparação com o desempenho de outros colegas, seja ainda pelo receio de má reputação, incriminação, culpabilização ou condenação. Fragata e Martins (2004, p. 277) acreditam que esta “[c]ultura de culpabilização individual pelo erro cometido e a condenação decorrente, seja ela hierárquica, institucional, ou a divulgação pública (...) fazem com que em torno do erro se criem reações de ocultação e de fuga, que só são naturais.” Na perspetiva dos mesmos autores, é essencial distinguir os erros honestos e os erros por violação de regras, ou por negligência. Ambos são erros cometidos por pessoas e se os primeiros podem ser desculpáveis os segundos não. Onde há um erro não existe necessariamente negligência, dado que errar é não só humano, como muito frequente.

▪ **Conceito e causas dos erros de medicação**

Um erro de medicação, definido pelo National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP) é qualquer evento previsível que pode causar ou induzir ao uso impróprio do medicamento, causando danos ao utente, independente se a terapia está sob controlo do profissional de saúde (Miasso, 2002).

Muitas vezes, os erros de medicação só são detetados quando as consequências são clinicamente manifestadas pelo utente, tais como a presença de sintomas ou reações adversas após algum tempo em que foi administrada a medicação, alertando o profissional do erro cometido. O facto de a equipa de enfermagem atuar em último lugar, que é na preparação e administração da medicação, aumenta a responsabilidade, pois é a última oportunidade de evitar um erro ocorrido nos processos iniciais, conseguindo evitar 86% dos erros provenientes da prescrição (Silva, Cassiani, Miasso, & Opitz, 2007).

Esta perspetiva de gestão do erro assume o seu enfoque no fim da cadeia de prestação de serviços, isto é, nos que contactam diretamente os utentes: enfermeiros, médicos, cirurgiões, anestesistas, farmacêuticos, ou seja aqueles que se encontram na linha da frente da efetivação

dos cuidados (Fragata & Martins, 2004). As falhas, omissões e erros são atribuídos a processos mentais (falta de atenção, falta de cuidado, baixo nível motivacional e emocional) incutindo total responsabilidade ao indivíduo e sua condição de trabalhador.

De acordo com Fragata e Martins (2004) existe uma tendência forte para considerar que os atos inseguros são cometidos porque os indivíduos optaram por ações inseguras. Esta abordagem considera as pessoas do ponto de vista individual, como agentes livres e capazes de escolher entre comportamentos seguros e não seguros. Ainda segundo esta visão reducionista, atos incorretos são cometidos por pessoas incorretas, o que pela simples generalização contribui para mascarar situações, que são sempre complexas.

À semelhança de outros problemas de segurança, os erros de medicação surgem de erros humanos e/ou falhas no sistema. Este tipo de erro pode resultar de problemas de prática clínica, produtos, procedimentos ou sistemas. Outros fatores como a insuficiente ou inadequada formação no âmbito específico e a má percepção do risco podem contribuir para a ocorrência de mais erros. De qualquer forma, afirmar que os acidentes acontecem devido a falhas humanas, não deveria conduzir à culpabilização e humilhação das pessoas.

Estudos efetuados sobre esta problemática evidenciam a ocorrência de erros nestes processos. As causas associadas a estes erros podem estar relacionadas com fatores ambientais como: barulho, interrupções, fadiga, sobrecarga de trabalho, iluminação insuficiente, ou fatores individuais. Inscrevem-se entre os últimos mencionados a falta de atenção, as falhas de memória, inexperiência, défice na formação profissional ou falha na comunicação, problemas nas políticas e procedimentos (Cassiani & Miaso, 2000).

O sistema que permite administrar terapêutica ao utente envolve a participação de vários profissionais, entre eles, médicos (que a prescrevem), farmacêuticos (que a providenciam), assistentes operacionais (que a transportam) e enfermeiros (que a administram). No entanto, segundo o REPE, (Dec. Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro) n.º 4, do art.º 9, os enfermeiros em situação de emergência podem prescrever medicação e agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais. Entende-se assim, que este processo reúne um vasto conjunto de atividades, planeadas e executadas por, pelo menos, estas quatro equipas de profissionais de saúde, anteriormente citadas.

O erro pode acontecer em cada fase do processo. Embora a concretização do mesmo seja levada a cabo pelo enfermeiro, podem ter sucedido lapsos ou eventos adversos no decorrer do processo, dos quais o enfermeiro não tem conhecimento.

3. (RE)PENSAR A SEGURANÇA DO UTENTE: MUDAR EM DIREÇÃO À QUALIDADE

O conceito “segurança” do projeto Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH) é o que aborda um contexto mais amplo, incluindo a segurança de utentes, das equipas e do ambiente, sendo assim definido como “[d]imensão do desempenho, onde o hospital tem a estrutura apropriada e usa os processos de cuidados que previnem ou reduzem danos ou riscos aos utentes, aos profissionais e ambiente, e que também promove essa noção” (WHO, 2005, p. 490).

O Instituto de Medicina (IOM) nos Estados Unidos da América fez uma estimativa de que 98.000 utentes morrem em cada ano, não pelo seu estado de doença, mas devido a erros que ocorrem de práticas médicas. Considera-se assustador, na medida em que o mesmo instituto (IOM) refere que se encontram acima do número de mortes por acidentes de viação, cancro da mama e SIDA (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000).

Em 2000, o referido instituto, definiu a segurança do utente como “free from accidental injury”, no entanto esta definição é pouco clara. Não é possível dissociar o risco clínico/segurança do utente, do manuseamento do risco em geral e da qualidade.

A segurança do utente é uma premissa fundamental para a qualidade dos cuidados de saúde e mais concretamente para a qualidade dos cuidados de enfermagem. Kohn e colaboradores no relatório do Instituto de medicina americano (2000), alertam para a necessidade das organizações de saúde desenvolverem uma cultura de segurança, de modo a que a organização dos processos de cuidados e seus colaboradores se focalizassem na melhoria da fiabilidade e segurança dos cuidados prestados aos seus utentes (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000).

Em Portugal não existem dados disponíveis, mas considerando a mesma fiabilidade dos hospitais americanos seria possível fazer uma estimativa entre 1300 e 2900 mortes anuais causados por erros médicos (Fragata & Martins, 2004). Este mesmo autor, com base nos dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) refere que mesmo tendo em consideração o valor mais baixo de mortes por erros médicos, aproxima-se do número de mortes por acidentes de viação (1460, no ano de 2002), sete vezes mais por acidentes de trabalho (177 no ano 2000) e 30% mais mortes por erros médicos do que provocadas pela SIDA (999 pessoas no ano de 2002). Estudos foram feitos noutros países, tais como a Inglaterra e Austrália e ambos referem elevados índices de erros (WHO, 2004).

Para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde, o Ministério da Saúde tem como uma das suas missões potenciar a sua coesão e a qualidade da prestação de cuidados de saúde. O Despacho n.º 14223/2009, de 24 de Junho, da Ministra da Saúde aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e incumbiu o Departamento da Qualidade na

Saúde de criar um programa nacional de acreditação em saúde, em relação ao qual a adesão das instituições prestadoras de cuidados seria voluntária. O trabalho do Departamento da Qualidade na Saúde revestiu-se, assim, da maior importância para a implementação de uma verdadeira cultura de qualidade e segurança no setor da saúde, adotando várias prioridades estratégicas de atuação, nomeadamente a prioridade n.º 3, que diz respeito à Segurança do Utente.

A segurança é uma importante dimensão da qualidade que se refere ao direito das pessoas de terem o risco de um dano desnecessário associado com o cuidado de saúde reduzido a um mínimo aceitável. Erros, violações e falhas no processo de cuidado aumentam o risco de incidentes que causam danos aos utentes. Assim, simplifica-se a definição como o evitar, prevenir e minimizar os eventos adversos decorrentes de todo o processo, procura-se estabelecer uma complementaridade entre a segurança do utente e a qualidade clínica. A segurança emerge da interação dos vários componentes do sistema, não se limita à ausência de falhas ou à prevenção ou minimização das mesmas.

Os hospitais são responsáveis por significativa e complexa parte dos cuidados de saúde prestados aos utentes. A inclusão de indicadores de segurança, nos programas de qualidade representa uma importante estratégia para orientar medidas que promovam a segurança do utente hospitalizado.

Os indicadores de segurança do utente, segundo o estudo da AHRQ (Canadá 2008), são definidos como indicativos de qualidade específicos que também refletem a qualidade do cuidado nos hospitais, mas focam em aspetos da segurança do paciente. Estes são indicadores de qualidade que direta ou indiretamente monitorizam eventos adversos evitáveis. Especificamente, rastreiam problemas que os pacientes vivenciam como resultado da exposição ao sistema de saúde, e que são suscetíveis à prevenção, através de mudanças ao nível do sistema ou do prestador. Esta mudança impõe uma gestão planeada.

▪ Gerir na mudança

As políticas instituídas por cada organização, nomeadamente no que se refere à sinalização do erro, levam a um processo de mudança: mudança nos procedimentos e na organização do trabalho; mudança nas estruturas; mudança na relação com o utente e com o mercado e mudança nas atitudes e nos valores dos colaboradores da organização. Isto implica, frequentemente, um rompimento com muitos hábitos e costumes instalados, originando uma evolução organizacional para patamares mais elevados de qualidade.

A gestão de toda esta mudança é algo de complexo e implica um grande empenho de todos os intervenientes, bem como a disponibilidade de adesão aos processos de aprendizagem ao longo da vida. Segundo Botelho “[a] capacidade da pessoa se formar ao longo da sua existência pode ser a base da sua sobrevivência” (1998, p. 262). Da mesma forma, também cada instituição ver-se-á forçada a privilegiar a gestão de saberes e competências para poder sobreviver a um mundo cada vez mais exigente e concorrente, passando inevitavelmente pela formação. O mesmo autor

refere ainda que “[o] papel que a formação desempenha na gestão empresarial é de tal ordem que uma e outra se confundem, constituindo-se a primeira como uma das componentes fundamentais da gestão dos recursos humanos” (Ibidem). As novas exigências e os problemas originados pela mudança são geridos por vários processos, designadamente de formação, encarados como uma reflexão metódica sobre a ação dentro de um contexto de trabalho.

Sendo assim, a gestão tem uma dimensão formativa no seio das empresas. A conceção das práticas de formação é estreitamente dependente da de gestão (Honoré, 2004). Se no que diz respeito à gestão, esta “[...]rata principalmente de coordenar um conjunto de competências técnicas, a formação coloca a tónica sobre as aprendizagens e a definição das funções e dos papéis” (Honoré, 2004, p. 244).

Mais do que uma filosofia, a mudança é inevitável e essencial para o desenvolvimento e crescimento de qualquer organização, onde a segurança é questão central. A pressão para a mudança organizacional dá-se a vários níveis do meio envolvente (político, social, económico e tecnológico) ou resulta de processos da luta pelo controlo de recursos e da atividade da organização.

As mudanças fazem parte da dinâmica organizacional e visam a melhoria aos mais diversos níveis. Segundo Caetano (2001), o processo de mudança pode ser analisado conforme o nível ao qual ocorre, resultando daí efeitos muito diversos. Assim, propõem cinco níveis de análise a considerar, três níveis de análise específicos da organização – individual (atores sociais), por grupos (serviços, equipa de enfermeiros, etc.), organizacional – e outros dois associados ao sistema, no qual ela está inserida – nível das populações de organizações (organizações com características idênticas) e nível das comunidades das populações (conjunto de organizações).

O conceito de mudança organizacional pode-se definir como qualquer alteração, sendo planeada ou não, que ocorre na organização, decorrente de fatores internos e ou externos à mesma que conduz a algum impacto nos resultados e ou nas relações entre as pessoas no trabalho (Bruno-Faria & M.F.F., 2000).

▪ **Formas e modos de desencadeamento da Mudança**

A ideia de que a mudança é um processo planeado corresponde à visão dominante nos estudos organizacionais e na gestão. Esta perspetiva trata a gestão da mudança como uma responsabilidade dos responsáveis de topo. A estes, compete conduzir a mudança de tal forma que a organização se torne mais adaptada e, desejavelmente, mais adaptativa, isto é, que revele um grau elevado de ajuste às características atuais da envolvente, sem o fazer sacrificando a possibilidade de ajustamento a diferentes condições futuras (Cunha, As duas faces da Mudança Organizacional: Planeada e Emergente, 2002).

Na conjugação da natureza ou forma da mudança (1ª ordem, Mudança linear e continua; ou de 2ª ordem, Mudança multidimensional, descontinua e radical) e o modo como ela é desencadeada

(planeada ou não planeada), identificam-se quatro outros tipos de mudança organizacional. São elas a incremental, a transformacional, a evolucionária, e a revolucionária. Neste projeto, importa desenvolver a mudança incremental e a sua relação com a implementação de uma cultura de qualidade. A referida mudança caracteriza-se por uma mudança planeada (tem origem no interior da organização, tem como função a estabilidade provisória, atende à previsibilidade das condições em que a organização vai operar; e, por fim, diferencia no tempo, a fase de conceção, planeamento e respetiva implementação) e de primeira ordem (carateriza-se por alterações de pequeno alcance intervindo na dinâmica organizacional alterando os processos, regulamentos e projetos sem pôr em causa as premissas fundamentais da organização). Neste projeto foi planeada uma formação para uma equipa, numa determinada altura, com o objetivo de colmatar algumas lacunas observadas.

▪ Fases do Processo de Mudança

O processo de mudança tem por base determinados pressupostos na implementação, que são essenciais para a sua gestão. Caetano (2001) citando o modelo preconizado por Kurt Lewin, analisa o processo de mudança em três fases de implementação.

Numa primeira fase, definida por descongelamento, existe a preparação de uma predisposição das pessoas para a mudança, com uma diminuição da força dos valores, atitudes e comportamentos anteriores traduzindo-se numa insatisfação com o estado atual. Segundo Schein (cit. por Caetano, 2001), ocorrem três mecanismos nesta fase: desconfirmação, indução de culpa e ansiedade, e criação de segurança psicológica.

A desconfirmação significa que as hipóteses acerca do mundo deixam de ser validadas pela experiência ou que não conduzem aos resultados pretendidos, o que pode conduzir ao descontentamento com a situação atual, atuando, assim, sobre a motivação para a mudança. Deverá ser suficientemente forte para ativar o mecanismo de culpa e ansiedade pela diferença entre a situação atual e a situação desejável criando a perceção de que é preciso mudar. É necessário então criar um mecanismo de segurança psicológica, para enfrentar a desconfirmação e os sentimentos de culpa. As pessoas têm de crer que são capazes de mudar e que essa mudança não os irá prejudicar, têm que percecionar as vantagens da mudança em relação à situação atual, que será benéfica, e que o valor e auto-estima das mesmas não serão postos em causa. A mudança deve ser encarada como inovadora, não como uma rutura com o passado, pois como refere Croizier (1982), não se poderá fazer qualquer coisa de novo sem se tirar partido do que se fez anteriormente.

A teoria referida por Schein (cit. por Caetano, 2001) incute uma mudança instituída, desvalorizando os saberes e poderes das pessoas, o que não se enquadra deste projeto. Por sua vez, quanto ao segundo mecanismo, a Culpa, as pessoas não devem sentir-se culpadas pelo reconhecimento das falhas passadas referentes aos seus comportamentos, pois o sentimento de culpa pode traduzir-se em insegurança em modificar os seus comportamentos e/ou adotar outros. Este será um aspecto em ter em conta na concetualização do projeto.

Na segunda fase, mudança, há o desenvolvimento de novos valores, atitudes e comportamentos. Segundo Caetano (2001, p. 538), “[e]sta mudança é um processo sócio-cognitivo, afetivo e comportamental e não se verifica realmente se não existir motivação prévia das pessoas ou dos grupos”. De acordo com Schein, nesta fase existem dois mecanismos de adaptação: a identificação com o novo modelo onde o indivíduo altera a percepção da situação e a perscrutação da envolvente que consiste em procurar nova informação e apreensão de conceitos relevantes que permitem modificar a situação. Existe, também, uma marcada aquisição de novos conhecimentos comportamentais.

Por fim, temos o recongelamento, este consiste na estabilização das mudanças efetuadas, com integração de novos valores, atitudes e comportamentos na cultura organizacional, nos processos normais da organização ou dos grupos, criando assim um novo clima. Esta fase é necessária para evitar o retrocesso à situação anterior ao processo de mudança. Surgem dois processos através dos quais se dá o recongelamento, o pessoal e o relacional. O primeiro permite à pessoa verificar se os novos comportamentos ou atitudes são congruentes com o seu auto-conceito e valores. O relacional permite verificar se as outras pessoas validam e confirmam os novos padrões comportamentais e atitudes resultantes da mudança. O processo é de carácter temporário durando até surgir a necessidade de nova mudança e, tal como refere Schein (cit. por Caetano, 2001, p.538), “[c]onduzirá naturalmente ao início do novo ciclo em que se torna necessário descongelar a situação”.

Tal como já foi referido anteriormente, a mudança, neste caso em particular, de natureza incremental, surge como meio de se atingir um aumento de qualidade aos mais diversos níveis de uma organização. Pode-se afirmar que o objetivo primordial de uma instituição hospitalar é, nada mais, nada menos, que melhorar a qualidade dos cuidados prestados às pessoas, para tal, a um processo de mudança associa-se inevitavelmente um processo de formação. Com efeito, tal como refere Croizier (1982, p. 77) “...[a] formação em relações humanas não é eficaz se não quando se associa a uma mudança, quando é feita para ajudar uma mudança”.

▪ **Mudança enquanto processo**

Se realmente desejamos trabalhar com Qualidade Total (QT), deve-se considerar o ciclo PDCA (Plan, Do, Check, Action) como cerne do sistema, de modo que todas as ações desenvolvidas terão como orientação básica o cumprimento do ciclo.

Inicialmente (1930) conhecido como Ciclo Shewart, foi implementado e desenvolvido por Deming em 1950, no Japão. Hoje, conhecido como Ciclo PDCA é representado normalmente por um círculo com quatro quadrantes.

Dando um olhar rápido, o Ciclo PDCA, parece corresponder a ferramenta já antiga na área da gestão, contudo trata-se de um excelente instrumento estratégico, cujo principal objetivo é o de manter todas as atividades da empresa sob controlo, tanto as operacionais como as administrativas. Um perfeito sincronismo entre os diferentes processos e etapas, que se

relacionam entre si formando um todo, único e integrado, que garante o resguardo e a conservação dos padrões de desempenho ideais, de maneira a que se houve uma etapa inicial, o planejamento (P), obrigatoriamente haverá uma execução (D), seguindo-se o controle (C), e se for o caso, uma ação corretiva (A).

Esta ferramenta é de fundamental importância para a análise e melhoria dos processos organizacionais e para a eficácia do trabalho em equipa. É o método central da Gestão da Qualidade Total, sua aplicação é muito vasta e generalizada.

O PDCA pode ser utilizado na realização de toda e qualquer atividade da organização. Sendo ideal que todos os intervenientes da organização utilizem esta ferramenta de gestão no dia-a-dia de suas atividades. Pode-se afirmar que a implementação de um Sistema de Gestão de Qualidade (SGQ) passa por três fases: documentação do que se faz, fazer o que está documentado e registar o que se fez.

Sendo assim, a abordagem de uma mudança planeada realiza-se em três fases: diagnóstico da situação; ação ou intervenção para resolver os problemas detetados e avaliação dos efeitos da intervenção.

A fase de diagnóstico da situação permite identificar os tipos de problemas que perturbam a eficácia da organização e os eventuais fatores que a determinam. Para otimizar esta fase torna-se necessário que a recolha de informação seja sistematizada e orientada com base num modelo teórico sobre a eficácia das organizações.

Um dos modelos utilizados é o modelo de congruência das organizações proposto por Nadler e Tushman (cit. por Caetano, 2001). De acordo com estes autores deve-se ter em conta quatro componentes básicos numa organização: o trabalho, o pessoal, os dispositivos organizacionais formais, e a organização informal. Deste modo, em todo e qualquer diagnóstico de situação devem considerar-se estes fatores.

No contexto dos serviços em estudo pretendo conhecer a forma de prescrever a medicação (a atividade desenvolvida na organização e as características da mesma), o pessoal (os médicos, técnicos farmacêuticos, enfermeiros, que realizam as tarefas), os dispositivos organizacionais formais (revelado por todos os procedimentos e regulamentos internos à instituição e serviço e que pautam o mesmo trabalho), por fim, a componente organização informal (relacionado com aspetos implícitos que regulam o comportamento efetivo dos clínicos na organização).

Segundo Caetano (2001, p. 543), “[n]o ponto de vista do diagnóstico, o que é importante não é a mera identificação das características destes quatro componentes mas sim a análise das suas interações e os seus efeitos sobre a eficácia da organização”.

Nadler e Tushman citados por Caetano (2001) consideram que uma organização é mais produtiva quando a sua estratégia é coerente com o seu ambiente, à luz dos recursos e história

organizacional, e quando os componentes organizacionais são adequados com a tarefa necessária à implementação dessa estratégia.

A existência de congruências pressupõe que as necessidades, as exigências e os objetivos de cada um dos componentes sejam coerentes e adequados às de outros componentes. Assim para a realização da estratégia organizacional a harmonia e a conformidade entre todos os componentes constitui a chave de toda a estratégia organizacional.

Deste modo, é imprescindível um processo de adequação entre os termos estratégia e organização, e, acima de tudo, um processo que pondere todos os componentes intervenientes. A explicitação das congruências e incongruências organizacionais permite definir as áreas prioritárias que serão objeto de intervenção e mudança, não se pode desintegrar o indivíduo do seu contexto de trabalho, do seu ambiente social e de todos os fatores que interagem no seu processo formativo.

A segunda fase, ação ou intervenção, consiste num conjunto de atividades estruturadas e implementadas utilizando conhecimentos técnico-científicos. A implementação dos planos de ação para a mudança requer uma combinação de atividades estruturadas que visem resolver problemas concretos e permitir aos colaboradores uma aprendizagem prática e teórica dos processos de resolução de problemas organizacionais.

A terceira fase, avaliação, faz a análise de resultados obtidos/previstos de modo a identificar os progressos realizados, as falhas, os problemas que se mantêm e os que surgiram de novo como resultado ao próprio processo de mudança. O papel da avaliação é de tal modo importante que se considera que o esforço investido pode contribuir decisivamente para a eficácia da implementação, pois permite corrigir e reorientar as ações de intervenção. A fase de avaliação fornece importantes *in puts* para a fase de diagnóstico de um novo ciclo para a mudança planeada.

Estas três fases da mudança organizacional planeada estão intimamente articuladas perdendo eficácia se forem realizadas separadamente, Caetano (2001, p. 545) diz que “[s]e ao diagnóstico não se seguir uma intervenção planeada, as potencialidades daquele ficam extremamente reduzidas”.

Com o diagnóstico realizado, a equipa estruturada e consciente da sua missão, dá-se início ao processo de *design* estratégico da organização. Estabelecer-se-á a visão necessária ao processo para criar o estado desejável. Ao comparar este último com o real, determinado pelo diagnóstico organizacional, cria-se uma tensão estrutural responsável pelo impulso do movimento da resolução no processo de mudança. Quando se cria a tensão estrutural, o grupo torna-se mais capaz de administrar os processos que utiliza, as atitudes que toma, as correções que faz e o ímpeto que produz.

Esta abordagem vai ao encontro da afirmação de Handy (1978) em que, para sobreviver e conseguir um crescimento contínuo das organizações e nos indivíduos, é preciso saber o que se deseja atingir antes de se tentar. Frequentemente a análise do ideal quando comparado com a realidade pode ser decepcionante mas é o ponto de partida certo para se atingir um desenvolvimento e uma mudança planeada.

▪ **Formar na Mudança**

Uma política de saúde e uma política de formação têm que estar associadas para terem sentido (Honoré, 2002). Segundo o mesmo autor “A corrente de formação a promover não se deve limitar às práticas mais usuais do domínio da formação profissional, práticas de ensino e de aprendizagem, mas dar lugar de destaque às práticas de desenvolvimento das capacidades formativas das pessoas, dos grupos e das instituições” (p. 223).

Formação e cuidado estão associados na compreensão no sentido da atividade humana. A reflexão sobre as práticas de formação mostra a dimensão do cuidado que diz respeito, e não apenas, à manutenção do que dá forma à sua utilidade. Paralelamente, a reflexão sobre as práticas do cuidado descobre a sua dimensão formativa, respeitante às coisas que devem ser mantidas, alcançáveis pela sua forma e também no que respeita às pessoas que devem ser salvaguardadas. A formação é muito mais centrada sobre a observação, a resolução de problemas em equipa e sobre a propagação de informação (Honoré, 2004).

Nóvoa e Finger (1988) referem que, a formação é sempre um processo de mudança institucional, devendo por isso estar intimamente articulada com as instituições onde os formadores exercem a sua atividade profissional. Segundo Lesne (1984), a importância dos papéis sócio-culturais e sócio-profissionais faz com que o indivíduo seja o produto dos seus atos e que se produza pelos seus grupos sociais. O processo de socialização não é um processo sem atores. Cada um é portador de normas, valores e formas de pensar, agir e sentir. Cada indivíduo é um agente social podendo exercer influência sobre orientação da formação social a que pertence.

O campo da saúde encontra-se em constante mutação relacionada, entre outras, com a evolução tecnológica e informacional. Os fenómenos socioculturais, demográficos e políticos são responsáveis por uma dinâmica de mudança constante no vasto campo da saúde.

A formação em serviço realiza - se em contexto laboral. Ela deve ressaltar “[d]os momentos de reflexão, das paragens para pensar, dos debates em torno dos problemas que surgem no dia-a-dia” (Botelho, 1998, p. 263). A formação em serviço visa colmatar a necessidade de formação no contexto de trabalho e concretiza-se em cada unidade prestadora de cuidados.

Para Collière (1989), a unidade de cuidados é o local privilegiado para se conjugarem a reflexão e a ação, para se mobilizarem e repensarem os conhecimentos. Este tipo de modalidade está relacionado com um projeto de intervenção devidamente delineado e pretende, entre outros, a profunda reflexão de cada elemento e do grupo sobre as potenciais necessidades

conscientes/inconscientes do mesmo e do grupo tendo em conta o contexto de trabalho onde se integram, pretendendo assim uma mudança estável num constante dinamismo.

A formação em serviço pode ocorrer por intermédio de ações formais (reuniões, apresentação de caso, discussão de temas, etc.) ou pontuais (passagens de turno, etc.). Este tipo de formação revela momentos muito enriquecedores, uma vez que a sua necessidade brota imediatamente da prática. É necessário que a formação possa assumir uma função estratégica, assumindo-se como um processo sistemático, capaz de estruturar a sequencialidade e a regularidade das ações formativas, afastando-se, assim, da improvisação e do acaso.

No que diz respeito à formação de adultos, considero um campo privilegiado para troca de saberes, no qual é fundamental a existência de envolvimento entre formador-formando, substanciando programa para que haja uma efetiva apropriação dos conhecimentos. No entanto, os saberes adquiridos no contexto da prática, refletidos e interiorizados, podem ser apropriados, embora na maioria das vezes, estes sejam guardados em termos de informação. Segundo Kushnir (1986, cit. por Wilson), “[a] aprendizagem clínica ocorre em contexto social muito complexo onde se cruzam as lógicas dos utentes, dos formadores, dos enfermeiros...” (2003, p. 20). Esta perspetiva valoriza todo o discurso de autogestão, de autonomia e de desenvolvimento pessoal. Cresce então, a complexidade dos cuidados e as pressões sociais no sentido da qualidade e da excelência (Abreu, 2003).

O mesmo autor diz também que a aprendizagem pressupõe sempre uma atividade cognitiva mediada por fatores de ordem cultural, psicológica e biológica. Este processo tem início pelo confronto com uma situação nova e re-definição de objetivos, compreende, também, motivação, orientação, integração e ação. A aprendizagem, a mudança e o conhecimento têm sempre na sua base uma determinada experiência, seguida de um processo reflexivo.

Cada um de nós é portador de crenças, valores, experiências, tradições, de diversas maneiras de pensar e agir que nos leva a interagir de forma diferente com o meio que nos rodeia, de forma consciente ou inconsciente num coletivo social. Segundo Lesne a teoria sociológica admite que “[e]m toda e qualquer coletividade, cada elemento é, ao mesmo tempo, objeto de um condicionamento exercido pelos outros, agente do condicionamento que se exerce sobre os outros e sujeito do condicionamento que impõe a si próprio” (1984, p. 55).

Numa trajetória de formação é sempre possível encontrar tempos e espaços particularmente “densos” do ponto de vista formativo. Em geral, esses tempos e espaços produzem transformações das representações que temos da realidade, induzem a produção de projetos pessoais ou de grupo e são responsáveis pela produção de saber-saber, saber-fazer e saber-ser que se revelarão úteis no exercício do trabalho. Estes espaços e tempos nem sempre coincidem com aqueles que são formalmente pensados para produzirem formação. Sendo a formação um processo contínuo, pode concluir-se que qualquer lugar é bom para fazer formação.

A formação de adultos deve ter como pressuposto que estes só apreendem e só se desenvolvem se encontrarem um sentido para aquilo que estão a fazer. O adulto necessita de compreender totalmente o significado do seu processo formativo, mostrando-se assim motivado e capaz de inovações que visem a mudança. Este processo de aprendizagem do adulto é promotor do desenvolvimento de uma reflexão sobre as práticas e, em consequência, estimulador da sua participação ativa. Neste papel o indivíduo é determinado e determinante, uma vez que age em, e sobre as condições estruturais do processo.

O indivíduo é visto como agente de formação e de influência social, na rede de relações do seu contexto real. Assume uma função produtora e transformadora no sentido de desenvolver nos sujeitos, a capacidade de modificar as condições do exercício das suas atividades quotidianas.

Tal como nos refere Lesne (1984, p. 156)“ [a] formação dirige-se, pois, a agentes sociais concretos, que ocupam lugares concretos em estruturas sociais concretas, que caracterizam grupos humanos reais e concretos, ou seja, enraizados na história”. É uma pedagogia da ação dialética entre a teoria e a prática, formação formalizada que levará à mudança. Acredito também que a formação só tem sentido se for orientada na mudança e obtenção de resultados, como sejam a aquisição e desenvolvimento de competências e capacidades. A formação é um trabalho de reflexão sobre a atividade profissional e atividade de vida diária, sendo uma mais-valia para a Qualidade.

**PARTE II: SINALIZAÇÃO DO ERRO CLÍNICO: PRESCRIÇÃO DE MEDICAÇÃO – UM
[PER]CURSO NA SEGURANÇA DOS CUIDADOS**

As novas tecnologias terapêuticas desenvolvidas para promover a melhoria na saúde e aumentar a qualidade de vida das pessoas faz com que a assistência hospitalar se torne um processo mais complexo e de maior risco para a ocorrência de eventos adversos, sendo alguns graves. Ultimamente, o conhecimento sobre tais eventos tem-se desenvolvido e recebem diferentes nomes na literatura, nomeadamente, erros médicos, eventos adversos, erros de medicação, entre outros. Os eventos adversos relacionados a medicamentos são atualmente problema de saúde pública (Rosa, 2004).

Nesta parte do trabalho pretendo apresentar o sistema de prescrição da Instituição de Saúde estudada, fazendo posteriormente uma abordagem de uma mudança planeada, nos termos do ciclo da qualidade, nomeadamente o ciclo PDCA, através da análise de situação, da ação desenvolvida para resolução dos problemas detetados, da avaliação dos efeitos dessa intervenção e da possibilidade de implementação de medidas corretivas.

1. ANÁLISE DE SITUAÇÃO

A análise de situação corresponde ao conhecimento, caracterização e análise de uma realidade, constituindo um pré-requisito indispensável ao prosseguimento das etapas seguintes. É nesta etapa, que se identificam os problemas, as suas causas, evolução e determinam-se as necessidades (Fernandes, 1998/1999). Segundo o mesmo autor, os projetos “[c]ontribuem significativamente para a inovação das nossas práticas e identidade profissional” (1998, p. 236). A sua pertinência resulta da consonância entre o diagnóstico e as necessidades identificadas. Assim, na elaboração deste projeto, este foi, sem dúvida, o ponto de partida.

No sentido de descobrir as necessidades existentes, surgem vários modelos e técnicas de análise, a escolha a tomar deve ter em conta a natureza do estudo, o contexto, os indivíduos e todos os recursos existentes e disponíveis.

Segundo refere Barbier, múltiplas atividades e tarefas para as quais o investigador dispõe de uma pluralidade de técnicas e instrumentos (cit. por Rodrigues, 1993), completa o ciclo da análise de necessidades.

Os critérios subjacentes à priorização prenderam-se com a possibilidade de intervenção, articulando a realidade do contexto e a dimensão temporal do projeto formativo. Assim tive em conta o erro mais frequente no local onde exerço funções, e onde existem mais dúvidas por parte da equipa de Enfermagem, não descurando aos recursos disponíveis, de forma a elaborar um plano de ação exequível e eficaz.

Sendo a Instituição de Saúde selecionada (situada na zona Norte), uma realidade conhecida, facilitou-me a conceção e operacionalização do projeto, bem como o planeamento da minha futura atuação sobre a “Sinalização do Erro Clínico – Prescrição de Medicação de forma a contribuir para a melhoria da Qualidade em Saúde”, no que se refere à Prescrição da “Medicação do Ambulatório” (MA). Considera-se MA todos os medicamentos que o utente faz regularmente no domicílio.

Em termos concretos pretendo, identificar e diminuir o erro sobre a prescrição de MA nos serviços de Cirurgia Geral e Medicina Interna desta Instituição.

Será importante, numa fase inicial, fazer uma caracterização do contexto de estudo, nomeadamente, a organização e funcionamento dos serviços estudados, bem como referir qual a política da qualidade, assim como, dar a conhecer o sistema de prescrição da referida instituição.

1.1. Caracterização do contexto de estudo

Esta Instituição de Saúde situa-se na zona norte do país, a sua área de influência abrange um distrito, com dez concelhos, algumas franjas limítrofes de outros concelhos, onde os utentes, por uma questão de tradição, proximidade ou diferenciação, optam por esta Instituição de Saúde. Segundo os resultados de 2011 do INE, a população abrangida foi estimada em 244947 habitantes, dos quais 112249 homens e 102365 mulheres.

Carateriza-se por um edifício do tipo cruciforme, composto de 2 alas de 8 pisos e alguns apêndices laterais com ligação direta. Dispõe de todas as valências básicas e intermédias. Ao nível das altamente diferenciadas, tem como capacidade de oferta a Endocrinologia, Cardiologia e a Reumatologia, configurando assim um elevado nível de diferenciação. Ao nível das diferenciadas não dispõem, de Infecçologia e Cirurgia Plástica. Dispõe de uma capacidade de oferta, de 26 especialidades.

Segundo dados fornecidos pelo Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão da Instituição, tem uma lotação de cerca de 445 camas em toda a Instituição divididas por vários serviços de internamento.

▪ Organização e funcionamento dos serviços em estudo

Este estudo decorre em dois departamentos, o departamento de Cirurgia e o de Medicina, ambos constituídos por várias unidades de internamento, em que trabalham equipas profissionais multidisciplinares, e interdependentes.

São os maiores departamentos da Instituição de Saúde, em termos de número de camas e de utentes internados. Tal facto permite obter um maior número de variedade e diferenciação de situações patológicas assim como conhecer a diferente organização e metodologia de trabalho das equipas de cuidados, especificamente das equipas médicas, obtendo dados que possam documentar melhor as práticas em vigor a nível da problemática em análise.

No Departamento de Cirurgia a opção pelo serviço de Cirurgia Geral, relaciona-se com o facto de ser uma especialidade específica, cujo enfoque principal dos cuidados é, de um modo geral, centrado em situações concretas, de intervenção imediata e limitada no tempo, com uma organização de trabalho orientada para uma lógica predominantemente biomédica.

É constituído por duas unidades de internamento, cada uma delas com 34 camas, com taxas de ocupação a rondar os 90,7% (dado fornecido pelo Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão da Instituição), o que indicia uma grande rotatividade de doentes e tempos de internamento relativamente curtos. As patologias mais frequentes são a nível do sistema digestivo, endócrino, neoplasias do foro gastro-intestinal/endócrino, e a nível vascular, nomeadamente o pé diabético e isquemias dos membros.

A nível de recursos humanos, estes serviços são garantidos por equipas com constituição e número de profissionais semelhantes. Assim, em cada um existe uma equipa médica com cerca de dez cirurgiões, sendo que uma delas inclui o diretor de serviço; uma equipa de enfermagem constituída por cerca de vinte e dois elementos, cada uma com uma enfermeira chefe; uma equipa de assistentes operacionais com, em média, nove elementos, uma encarregada operacional, responsável pelas mesmas; uma assistente técnica administrativa e uma técnica do serviço social.

Ambas as unidades contam com o apoio de nutricionistas, do Gabinete de Estomaterapia e da Enfermeira da patologia Mamária.

O método de trabalho das equipas de enfermagem, em vigor nas duas unidades, é o método individual de trabalho. Uma das unidades de internamento utiliza o Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E), através do qual são determinadas as horas médias de cuidados de enfermagem necessários e disponíveis para um período de vinte e quatro horas, calculadas em função do plano de cuidados de enfermagem dos doentes.

Em ambas as unidades efetuam-se, durante o ano, reuniões de serviço da equipa de enfermagem para esclarecimentos, formação e informações e, diariamente, reuniões de passagem de turno/informação sobre os doentes. As equipas médicas reúnem-se semanalmente para discussão de casos (patologia de utentes).

No Departamento de Medicina selecionou-se o serviço de Medicina Interna. Este serviço apresenta um perfil de cuidados distinto dos serviços cirúrgicos, por ser uma especialidade orientada, de um modo geral, para uma abordagem compreensiva do doente. As situações patológicas mais frequentes relacionam-se com afeções dos aparelhos Respiratório, Hepático, Linfático e Neurológico, nesta última especialidade com uma forte incidência de acidentes vasculares cerebrais.

O serviço é constituído por três unidades de internamento, distribuídos por três pisos independentes, dois dos quais com 34 camas e um com 25 camas, uma taxa ocupação a rondar 87,24% (dado fornecido pelo Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão da Instituição). Uma das unidades inclui nove camas destinadas a doentes com Acidente Vascular Cerebral.

As equipas profissionais e os métodos de trabalho são semelhantes às das unidades de internamento cirúrgico diferindo, somente, a equipa médica que, aqui, é constituída por médicos de Medicina Interna e Neurologia e as equipas de enfermagem que integram enfermeiros com especialidade de enfermagem de reabilitação.

Todas as unidades de internamento utilizam o SCD/E, à semelhança de todos os outros serviços deste Departamento.

▪ Gestão da Qualidade

Este trabalho inscreve-se numa das preocupações do Serviço de Gestão de Qualidade criado em 14 de Julho de 2006. É um Serviço de assessoria ao Conselho de Administração, que coordena e gere todas as metodologias e ferramentas aplicadas na área da qualidade. Tem como principais objetivos a promoção da aplicação dos programas de controlo da qualidade, zelando pela garantia e melhoria contínua da mesma nos serviços.

É formado por um Diretor do Serviço, dois gestores da qualidade, responsáveis pela coordenação de todas as atividades inerentes, respetivamente aos programas de certificação e acreditação em curso, incluindo o planeamento e organização das auditorias internas e externas aos sistemas. O Serviço é apoiado, quando necessário, por um Fórum de profissionais, nomeados sob proposta do diretor do serviço, que analisam os diferentes projetos enviados pelo Conselho de Administração e delineiam a estratégia de execução. Cada gestor de qualidade é apoiado por um grupo de profissionais nomeados para esse efeito e que são responsáveis pela coordenação e acompanhamento local das ações em curso e a implementar, para suporte e desenvolvimento dos processos de qualidade.

Suportam o processo grupos multiprofissionais de melhoria contínua, designados transversais, grupos de interlocutores locais, normalmente chefias intermédias (diretores de departamento/ serviço/ enfermeiros chefes, técnicos responsáveis e outros), designados de grupos verticais e auditores internos.

Ao Diretor de Serviço compete propor e participar nas decisões institucionais no que respeita à qualidade, delinear e aprovar as estratégias de execução dos vários projetos de acordo com as respetivas metodologias, supervisionar a evolução dos mesmos, coordenar e acompanhar o trabalho dos gestores de qualidade; intervir junto do Conselho de Administração, das chefias intermédias e dos grupos institucionais existentes sempre que necessário, para garantir a continuidade e consistência dos processos de melhoria da qualidade em curso.

O Programa de Acreditação de Hospitais do Caspe Health Care Knowledge Systems (CHKS), anteriormente King`s Fund Health Quality Service (KFHQS), é um processo que permite às organizações de saúde auto examinar-se criticamente, por referência a uma estrutura de padrões organizacionais reconhecida internacionalmente, para assim realçar a boa prática existente e ao mesmo tempo estabelecer uma agenda para desenvolvimento de serviços.

Um dos objetivos do programa é o envolvimento do maior número possível de pessoas nas organizações participantes. Embora os padrões sejam feitos à medida, para irem ao encontro das necessidades de diferentes serviços, as matérias englobadas por eles são comuns a todos.

Os benefícios do processo de acreditação incluem, para além do reconhecimento externo da boa prática existente, a facilitação de ações no sentido da melhoria de serviços, através de estratégias

de *benchmarking* de processos, informações e práticas de excelência e melhoria da comunicação e do trabalho em equipa.

Adicionalmente, a atribuição do certificado de hospital creditado pelo Painel de Acreditação pelo CHKS indica que a organização foi avaliada por uma equipa independente de supervisores e que demonstrou sucesso em conformidade com padrões essenciais.

Os padrões foram desenvolvidos em consulta com organizações profissionais e de consumidores, estando de acordo com as orientações emanadas pela OMS, outras organizações internacionais e com a legislação dos países em que são implementados.

- **Cultura de Segurança: Notificação dos eventos adversos**

Através de uma Cultura de Segurança, procura-se a redução da incidência de acidentes e erros, resultando assim em práticas, sistemas de trabalho e/ou premissas mais seguras, assegurando uma maior consciência do pessoal relativamente ao perigo e às responsabilidades. Pretende-se, deste modo, providenciar serviços ao melhor nível possível e oferecer cuidados segundo um padrão de qualidade elevado. O subproduto obtido é uma redução do risco. O risco e os danos resultantes quando a sua gestão não é eficaz limitam a qualidade da prestação de cuidados e empregam recursos que poderiam ser melhor utilizados de outra forma.

Uma gestão do risco, coesa e eficaz, é benéfica para os utentes, público, profissionais e para a própria organização. Dito de outro modo, permite melhorar a qualidade dos cuidados prestados, promove a segurança dos profissionais/utentes, uma vez que as falhas são identificadas e possibilita uma maior eficácia na utilização dos recursos e desenvolver a capacidade de aprender com os erros.

A abordagem ao risco clínico aceita a falha como uma consequência, não uma causa de fracasso. Perante um incidente ou evento adverso, o importante não é apontar o responsável, mas questionarmos: Porque falhou o sistema? Que fatores condicionaram as circunstâncias adversas do evento? Que medidas podem ser tomadas para reduzir o erro? Neste contexto, a elaboração de um projeto para a sinalização do erro de prescrição, torna-se muito importante no âmbito da instituição hospitalar.

Não obstante todo o trabalho prévio de implementação de uma cultura de Gestão de Risco, pode dizer-se que o processo de avaliação sistemática de Risco Clínico iniciou-se em meados de 2008, com o objetivo de implementar uma abordagem analítica e corretiva em relação a acontecimentos adversos. Com esta medida, visa promover e proteger a saúde de doentes/utentes, trabalhadores, visitas, ou seja de todas as pessoas que contatem, de forma ocasional ou com caráter continuado, com a instituição independentemente das razões que lhes estão subjacentes.

Pretende-se criar motivação para que os profissionais notifiquem de forma voluntária, os erros e incidentes, acontecimentos perigosos e acidentes que decorram durante o desenvolvimento da sua atividade, para que essa notificação possa servir de base ao desenvolvimento da qualidade ao

nível da gestão. Foi proposto a todos os serviços, a identificação do erro, a probabilidade de ocorrência, respetiva gravidade de consequências e de procedimentos clínicos que fossem potencialmente perigosos para o utente.

Uma forma correta de aprender com os erros de medicação e com todos os outros, é relatar voluntariamente os mesmos através de um sistema de comunicação que aumente efetivamente a segurança dos utentes.

Os erros humanos não se podem evitar em absoluto, mas a adoção estratégica de práticas individuais seguras acompanhadas de uma cultura organizacional de apreciação do risco, vigilância e adaptação constitui uma alternativa eficaz na redução da incidência de erros/acidentes e gestão das causas que lhe estão subjacentes. A comunicação de retorno e a divulgação de informação pelos canais criados para o efeito (sistemas voluntários de comunicação de erros) concedem a possibilidade de compreensão dos erros (pela análise dos eventos adversos e do erro em si) e fortalecem a estrutura do sistema, que se auto-credibiliza, tornando-se mais fiável e competitivo.

A existência de erros e eventos adversos são inevitáveis. No entanto, complementar uma correta gestão de risco com um sistema de notificação que privilegie uma cultura de aprendizagem com o erro, permite centralizar a importância na melhoria do sistema e não na culpa do indivíduo.

A dificuldade na deteção dos erros é uma das barreiras existentes para estudo efetivo dos problemas. Os erros relacionados com os medicamentos devem ser identificados e documentados, com avaliação das suas causas, para permitir o desenvolvimento e a implementação de sistemas que minimizem a recorrência do erro.

Nesta Instituição de Saúde, a notificação destas ocorrências é feita no âmbito do risco clínico. Opera-se numa base de notificação voluntária com opção de anonimato de quem notifica, assegurando-se a confidencialidade dos dados, através de um rigoroso processo de restrição de acesso ao sistema eletrónico de notificação. Este, no que ao Risco Clínico diz respeito, compreende as hipóteses de notificação de erros de medicação, trocas de medicação, queda de utente, falta de equipamento, entre outras. O programa possibilitou ainda a criação de um campo de descrição sobre a eventual resolução e sugestões para o mesmo.

Pode-se afirmar que é uma medida atrativa e um método simples de deteção. Não constitui a única ferramenta de segurança mas é sem dúvida um alerta importante, sendo um instrumento precioso na implementação de uma cultura de segurança e de armazenamento de dados. Só assim é possível, a nível da Instituição identificar os pontos críticos, os fatores contributivos e as consequentes ações corretivas a implementar.

Para isso, foram realizadas reuniões com todos os Diretores de Serviço, Gestores Locais de Risco Clínico e Enfermeiros Chefes, para apresentação e explicação sobre a importância da notificação,

nomeadamente através de informação e sensibilização dos profissionais para a notificação informática.

Tais encontros revelaram-se muito proveitosos, na medida que se abordou uma temática que não era motivo de análise, reflexão e muito menos avaliação.

A avaliação das notificações a nível informático do risco clínico iniciou-se em 2009. Segundo o Relatório de Gestão de Risco Clínico do mesmo ano, verificou-se que 50% das notificações foram efetuadas no último trimestre do ano, no entanto no primeiro trimestre, observaram-se o dobro das notificações verificadas em todo o ano de 2008. Contudo este acréscimo pode não significar o aumento real do erro, mas sim, uma maior sensibilidade para a notificação do mesmo, por parte dos profissionais.

O sistema de notificação, no que diz respeito à Medicação está dividido em duas categorias, Erro de Medicação e Troca de Medicação.

Analisando a Tabela 1, no que diz respeito às notificações sobre a medicação, estas aumentaram substancialmente, observando-se um acréscimo de cerca de 50%, no ano 2010 em relação ao ano anterior, 2009. A tendência de aumento, apesar de aparentemente menos acentuada, mantém-se em 2011, (em relação a este ano só estão contabilizadas as notificações efetuadas até 31 de Outubro de 2011).

Tabela 1 – Notificações de ocorrências de Risco Clínico desde os meados de 2008 até 31 de Outubro de 2011

		2008		2009		2010		2011	
		ni	fi	ni	fi	ni	fi	ni	fi
Evolução das Notificações de Risco Clínico, na Instituição de Saúde, desde os meados de 2008 até 31 de Outubro de 2011	Nº total de Notificações de risco clínico	105	100,0	283	100,0	580	100,0	394	100,0
	Notificação sobre Erro Medicação	1	0,9	9	3,2	31	5,3	35	8,9
	Notificação sobre Troca Medicação	0	0,0	8	2,8	6	1,0	6	1,5
	Total sobre a Medicação	1	0,9	17	6,0	37	6,3	41	10,4
Serviços que notificaram sobre Medicação	Farmácia					11	29,7	17	41,5
	OBS					2	5,4	11	26,8
	UCI			4	23,5	5	13,5	3	7,3
	Urgência			1	5,9				
	UCIM					4	10,8	3	7,3
	Cirurgia Geral					6	16,2	1	2,4
	Esp. Cir.			2	11,8	1	2,7		
	UCIN			2	11,8	1	2,7		
	Anestesiologia			3	17,6				
	Unidade Dia					1	2,7		
	Obstetrícia					1	2,7		
	Ginecologia					1	2,7		
	Ortopedia			1	5,9			2	4,9
	Pediatria							1	2,4
	Bloco Central					1	2,7		
	Medicina	1	100,0	4	23,5	3	8,1	3	7,3
	TOTAL	1	100,0	17	100,0	37	100,0	41	100,0

No que diz respeito aos serviços que notificam sobre a Medicação, os serviços Farmacêuticos são os que mais o fazem. Em relação aos serviços por mim estudados, tanto o departamento de Medicina como o de Cirurgia, apresentam um número semelhante de notificações (seis e sete notificações respetivamente, nos dois últimos anos).

No sentido de se perceber a problemática em estudo, a "Sinalização do Erro Clínico – Prescrição de Medicação um contributo para a melhoria da Qualidade em Saúde", desenvolver-se-á numa metodologia que permita analisar o grau de conformidade com o preconizado.

1.2. Processo de prescrição de medicamentos: do procedimento preconizado à situação existente

A ocorrência de eventos adversos relacionados com medicamentos é elevada, estimando-se entre 20 e 30% de todos os eventos adversos (Leape, 1991, cit. Fragata 2004). Estima-se que cerca de

4% de todos os utentes internados em hospitais possam a vir a ser vítimas de um qualquer erro de medicação (Ibidem). Em 2011, na Instituição em estudo, representam 10,4% (41) de erros de medicação como podemos verificar na Tabela 1.

Segundo Fragata (2004), os erros relacionados com medicamentos ocorrem em geral no processo de prescrição e nos pedidos à farmácia, mas podem ocorrer também na fase da administração do medicamento. Na fase da prescrição os erros mais comuns são erros de dose e de frequência de administração do medicamento. A maior parte dos erros que envolvem medicação são evitáveis, nomeadamente pela informatização e pelo recurso a programas especificamente desenhados para tal. A informatização permite reduzir em cerca de 80% todos os erros relacionados com a medicação (Bates, 1999.cit. Fragata 2004).

A prescrição médica é uma relação terapêutica importante entre o médico e o utente e com outros grupos profissionais responsáveis pela administração de terapêutica. É a primeira etapa do processo dentro do hospital e condiciona, decisivamente a segurança do utente (Tissot, Henon, Cornette, & Jacquet, 1999), merecendo esforços redobrados, no sentido de assegurar que a prescrição nela contida esteja correta, para que possa ser integral e fielmente cumprida, culminando no adequado fornecimento de assistência ao utente e consequente sucesso terapêutico.

A consciencialização do prescritor sobre as responsabilidades inerentes à prescrição como um instrumento de acesso à saúde é factor primordial na prescrição da medicação. Segundo Cohen (1999), o prescritor tem a responsabilidade de elaborar uma prescrição de medicamentos que transmita de forma completa as informações para todos os profissionais que utilizem o documento, devendo uma prescrição completa, possuir os seguintes elementos: nome genérico ou comercial do medicamento, dosagem, via de administração, frequência e horário.

As prescrições podem ser manuais ou eletrónicas. Na Instituição em estudo, na sequência dos processos de melhoria da qualidade relacionados com o programa de Acreditação e com o desenvolvimento da Gestão de Risco Clínico, foram elaborados e implementados procedimentos e práticas tendentes a tornar mais segura a prescrição, preparação e administração de medicação.

Assim, entre outras, foi elaborado um procedimento (Anexo I), neste momento em fase de revisão, para orientação e normalização dos atos relacionados com os medicamentos do domicílio de utentes em regime de internamento. No mesmo sentido foi introduzido um sistema de prescrição eletrónica inserido no Sistema de Apoio ao Médico (SAM), ao qual o médico tem acesso através da introdução de uma senha pessoal, e intransmissível, relacionada com níveis de acessibilidade e direitos característicos de cada etapa. A primeira etapa da prescrição, “Prescrição de Medicamentos”, permite visualizar dados relevantes relacionados com prescrições anteriores e com a identificação do utente.

O médico prescreve diretamente no processo informático, sendo a prescrição enviada automaticamente para a farmácia. A prescrição é efetuada a partir da seleção do medicamento

parametrizado por este serviço, não sendo necessário o preenchimento de qualquer outro campo. A forma, dose, unidade, via de administração, frequência e horário são preenchidos automaticamente pelo sistema, caso a Farmácia os tenha pré-definido. O médico pode alterar qualquer um destes campos.

Este sistema informático é independente, mas, está interligado ao Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), aplicativo de registos de enfermagem, que constitui o instrumento de trabalho destes profissionais, em termos de planeamento e registo de execução das intervenções de enfermagem aos doentes internados, sob a sua responsabilidade.

Todas as prescrições efetuadas pelos clínicos são visualizadas nessa aplicação informática, constituindo para, os enfermeiros, o referencial para a gestão da preparação e administração da medicação.

Compete ao médico responsável fazer a avaliação da terapêutica do utente, nomeadamente a do domicílio e decidir a eventual manutenção da mesma. De acordo com o estipulado no procedimento (Anexo I) sobre esta matéria, sempre que a medicação exista no Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos (FHNM), esta deve ser prescrita pelo nome genérico para que seja fornecido pelos serviços farmacêuticos, e assim não se utilizar a medicação do utente. Caso esta não conste do FHNM, o médico poderá substituí-lo por outro medicamento do mesmo grupo farmacoterapêutico. Se tal não for possível, ou seja, se não pertencer ao formulário hospitalar, deverá prescrever o medicamento utilizando o item no quadro de prescrição eletrónica, como "MA". Ao proceder desta forma, para que a prescrição seja feita segundo o procedimento hospitalar, deverá ser mencionado para além da dose, via e frequência horária, o nome comercial no campo das observações.

Com carácter elucidativo apresento na figura seguinte uma simulação da forma normalizada de prescrição, com todos os parâmetros preenchidos, designadamente a forma farmacológica, dose, via, frequência, horário e em observações o nome do medicamento.

Dieta: 90 Líquida Obs. Dieta:

Dados do medicamento

Presc. Urgente? ☐ Prescrição sem medicamentos: ☐ Legenda: ☐ Medic. sem código ☐ Protocolo activo ☐ Medic. expirado ☐ Protocolo inactivo ☐ Medic. alterado validação

Medicamento	Forma Farm.	Dose / Unidade	Via Adm.	Freq.	Horário
CAPTOPRIL 25 MG COMP	Comp	25. mg	Sublingual	SOS 8/8H	6h - 14h - 22h
CIPROFLOXACINA 200 MG/100 ML SOL INJ FR 100 ML IV	Sol inj	400. mg	IV	12/12H	6h - 18h
CITRATO DE SÓDIO 450 MG/5 ML + LAURILSULFOACETATO DE SÓDIO 100 MG/5 ML SOL INJ FR 100 ML IV	Sol rect	2. TUBO	Rectal	SOS 12/12H	6h - 18h
ENOXAPARINA SÓDICA 60 MG/0.6 ML SOL INJ SER 0.6 ML SC	Sol inj	60. mg	SC	12/12H	12h - 24h
FINASTERIDA 5 MG COMP	Comp	5. mg	Oral	24/24H	9h
FUROSEMIDA 20 MG/2 ML SOL INJ FR 2 ML IM IV	Sol inj	40. mg	IV	Agora	10h
FUROSEMIDA 40 MG COMP	Comp	40. mg	Oral	24/24H	9h
GLUCOSE 50 MG/ML + CLORETO DE SÓDIO 9 MG/ML SOL INJ FR 1000 ML IV	Sol inj	1000. ml	IV	12/12H	6h - 18h
MEDICAMENTO AMBULATORIO-1	Comp	1. drag	Oral	JT	18h
METRONIDAZOL 5 MG/ML SOL INJ FR 200 ML IV	Sol inj	1. gr	IV	12/12H	6h - 18h

MEDICAMENTO AMBULATORIO-1
P. Activo: Sem princípio activo
Obs. Med.: Cardura 4 mg

Dt. Inic: 2011-05-13 10:29 Dt. Fim:

Sair
Guardar
Não guardar

Figura 1 – Print screen da Prescrição da “Medicação de Ambulatório” de forma normalizada

Quando todos os parâmetros são devidamente preenchidos pelo médico, a informação destinada à equipa de enfermagem no SAPE, é transmitida com todos os dados necessários para que possa ser preparada e administrada com maior segurança, como se pode verificar na Figura 2, contribuindo para a prevenção de erros relacionados com a medicação e, consequentemente, para a melhoria da qualidade dos cuidados, particularmente, de enfermagem. Apresenta o horário, dose, via e o nome da medicação a administrar.

Medicação							
Data	Hora	Fármaco	Dose	Via	observações	Enfº	Impl.
2011/03/03	09:00	Ibuprofeno 400 mg Comp	400. mg	Oral (0)			
2011/03/03	09:00	Insulina isofânica 100 U.I./ml Acção interm Susp inj Cartu 3 ml SC	30. U.I.	Subcutânea			
2011/03/03	09:00	Ertapenem 1000 mg Pó conc sol inj Fr IV	1. gr	Intravenosa		70001	
2011/03/03	09:00	MEDICAMENTO AMBULATORIO-1	1. drag	Oral (0)	co-aprovel 300	70001	
2011/03/03	12:00	Paracetamol 10 mg/ml Sol inj Fr 100 ml IV	1000. mg	Intravenosa			
2011/03/03	12:00	Enoxaparina sódica 40 mg/0.4 ml Sol inj Ser 0.4 ml SC	40. mg	Subcutânea			
2011/03/03	12:00	Ibuprofeno 400 mg Comp	400. mg	Oral (0)			
2011/03/03	18:00	Cloreto de sódio 9 mg/ml Sol inj Fr 1000 ml IV	1000. ml	Intravenosa			
2011/03/03	18:00	Ibuprofeno 400 mg Comp	400. mg	Oral (0)			
2011/03/03	18:00	Insulina isofânica 100 U.I./ml Acção interm Susp inj Cartu 3 ml SC	8. U.I.	Subcutânea			
2011/03/03	20:00	Paracetamol 10 mg/ml Sol inj Fr 100 ml IV	1000. mg	Intravenosa			
2011/02/22	17:45	Insulina humana 100 U.I./ml Acção curta Sol inj Fr 10 ml IV SC	1000. U.I.	Subcutânea	S.O.S. : Obs: segundo esq do serviço com pesquisas de glicemia de 4/4h		SOS
2011/02/22	17:45	Captopril 25 mg Comp	25. mg	Oral (0)	S.O.S. :		SOS
2011/03/01	13:12	Tramadol 100 mg/2 ml Sol inj Fr 2 ml IM IV SC	100. mg	Intravenosa	S.O.S. :		SOS

Figura 2 – Print screen do Processo de Enfermagem relativos à medicação prescrita de forma normalizada

Pelo anteriormente exposto, a prescrição eletrónica constitui, sem dúvida, uma mais-valia, em termos de medidas de segurança para a prevenção do erro, uma vez que diminuiu os erros de transcrição e as dificuldades de interpretação das prescrições médicas. No entanto, esta situação

só se encontrará devidamente controlada, se forem cumpridas as orientações existentes sobre estas matérias, nomeadamente, as incluídas no FHNM anteriormente referenciado.

Como se pode observar na Figura 3, nem sempre são cumpridas, na totalidade, essas orientações, estando em falta, no exemplo apresentado, a frequência e horário da medicação.

Dieta: 171 Água e chá Obs. Dieta:

Dados do medicamento

Presc. Urgente? ☐ Prescrição sem medicamentos: ☐ Legenda: ☐ Protocolo activo ☐ Medic. expirado ☐ Medic. sem código ☐ Protocolo inactivo ☐ Medic. alterado validação

Medicamento	Forma Farm.	Dose / Unidade	Via Adm.	Freq.	Horário	
CEFOXITINA 1000 MG PÓ SOL INJ FR IV	Pó sol inj	1. gr	IV	8/8H	6h - 14h - 22h	<input checked="" type="checkbox"/>
CETOROLAC 30 MG/1 ML SOL INJ FR 1 ML IM IV	Sol inj	30. mg	IV	8/8H	h4 - 12h - 20h	<input checked="" type="checkbox"/>
CLORETO DE SÓDIO 9 MG/ML SOL INJ FR 500 ML IV	Sol inj	500. ml	IV	24/24H	9h	<input checked="" type="checkbox"/>
ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/0.4 ML SOL INJ SER 0.4 ML SC	Sol inj	40. mg	SC	24/24H	12h	<input checked="" type="checkbox"/>
INSULINA HUMANA 100 U.I./ML ACÇÃO CURTA SOL INJ FR 10 MI	Sol inj	1. U.I.	SC	SOS	SOS	<input checked="" type="checkbox"/>
MEDICAMENTO AMBULATORIO-1	Comp	1. drag	Oral	Ambulatorio	Ambulatorio	<input checked="" type="checkbox"/>
MEDICAMENTO AMBULATORIO-2	Comp	1. drag	Oral	Ambulatorio	Ambulatorio	<input checked="" type="checkbox"/>
METOCLOPRAMIDA 10 MG/2 ML SOL INJ FR 2 ML IM IV	Sol inj	10. mg	I.M.-I.V.	8/8H	6h - 14h - 22h	<input checked="" type="checkbox"/>
PARACETAMOL 10 MG/ML SOL INJ FR 100 ML IV	Sol inj	1000. mg	IV	8/8H	8h - 16h - 24h	<input checked="" type="checkbox"/>
PETIDINA 50 MG/2 ML SOL INJ FR 2 ML IM IV SC	Sol inj	50. mg	I.M.-I.V.	SOS	SOS	<input checked="" type="checkbox"/>

MEDICAMENTO AMBULATORIO-2
P. Activo: Sem princípio activo Dt. Inic: 2011-05-11 13:06 Dt. Fim:

Obs.Med.:inegy

Todos os dias a partir da data: 11-05-2011

Sair Guardar Não guardar

Figura 3 – Print screen da Prescrição da “Medicação de Ambulatório” de forma não normalizada

Neste caso, a informação transmitida aos enfermeiros no sistema SAPE é debitada em todos os turnos sem horário, aparecendo na coluna “Hora”, a indicação de “Manhã”, “Tarde” ou “Noite” (Figura 4), impossibilitando identificar se a real intenção do médico é a administração em todos esses turnos, ou que turno(s) devem ser considerados.

Por defeito, se nada chamar a atenção do enfermeiro, o medicamento será administrado em todos os turnos, uma vez que o profissional ao consultar o plano de trabalho para o seu turno, só tem acesso aos cuidados e medicação a executar nesse turno.

Nestas situações, poderá evitar-se o erro, se o enfermeiro, pela sua experiência e atenção se aperceber de que algo poderá não estar bem, obrigando-o, então, ou a consultar todo o processo, nomeadamente os dados da avaliação inicial do utente, e assim ter acesso ao horário e dosagem da medicação que o utente fazia no domicílio ou questionar o médico em relação à prescrição.

Medicação							
Data	Hora	Fármaco	Dose	Via	observações	Enf ^o	Impl.
2011/03/02	09:00	Ibuprofeno 400 mg Comp	400. mg	Oral (O)		244	Sim
2011/03/02	09:00	Insulina isofânica 100 U.I./ml Acção interm Susp inj Cartu 3 ml SC	30. U.I.	Subcutânea		244	Sim
2011/03/02	09:00	Ertapenem 1000 mg Po conc sol inj Fr IV	1. gr	Intravenosa		244	Sim
2011/03/02	12:00	Paracetamol 10 mg/ml Sol inj Fr 100 ml IV	1000. mg	Intravenosa		244	Sim
2011/03/02	12:00	Enoxaparina sódica 40 mg/0.4 ml Sol inj Ser 0.4 ml SC	40. mg	Subcutânea		244	Sim
2011/03/02	12:00	Ibuprofeno 400 mg Comp	400. mg	Oral (O)		244	Sim
2011/03/02	18:00	Cloreto de sódio 9 mg/ml Sol inj Fr 1000 ml IV	1000. ml	Intravenosa			
2011/03/02	18:00	Ibuprofeno 400 mg Comp	400. mg	Oral (O)			
2011/03/02	18:00	Insulina isofânica 100 U.I./ml Acção interm Susp inj Cartu 3 ml SC	8. U.I.	Subcutânea			
2011/03/02	20:00	Paracetamol 10 mg/ml Sol inj Fr 100 ml IV	1000. mg	Intravenosa			
2011/03/02	Manhã	MEDICAMENTO AMBULATORIO-I	1. drag	Oral (O)	co-aprovel 300		
2011/03/02	Noite	MEDICAMENTO AMBULATORIO-I	1. drag	Oral (O)	co-aprovel 300		
2011/03/02	Tarde	MEDICAMENTO AMBULATORIO-I	1. drag	Oral (O)	co-aprovel 300		
2011/02/22	17:45	Insulina humana 100 U.I./ml Acção curta Sol inj Fr 10 ml IV SC	1000. U.I.	Subcutânea	S.O.S. : Obs. segundo esq do serviço com pesquisas de glicemia de 4/4h		SOS
2011/02/22	17:45	Captopril 25 mg Comp	25. mg	Oral (O)	S.O.S. :		SOS
2011/03/01	13:12	Tramadol 100 mg/2 ml Sol inj Fr 2 ml IM IV SC	100. mg	Intravenosa	S.O.S. :		SOS

Figura 4 – Print screen do Processo de Enfermagem relativos à medicação de forma não normalizada

Para diminuir os erros relacionados com a medicação e para melhorar é fundamental implementar uma política de declaração voluntária (Apêndice II), por parte das pessoas envolvidas no processo, descrevendo todos os eventos adversos, causando ou não danos. Estes dados serão analisados por quem possa estabelecer uma taxonomia correta das situações, neste caso, o responsável pelo gabinete de Risco Clínico da Instituição, as quais devem ser inventariadas numa base de estadios de ocorrência ao longo de todo o processo e para que as mais adequadas medidas corretivas possam ser introduzidas. Analisando a situação impõem-se o planeamento das atividades a desenvolver.

2. PLANO DE AÇÃO

Pode definir-se Planeamento como “...[a] racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados...” (Imperatori & Giraldes, 1986, p. 6). Este deve ser considerado um processo contínuo e dinâmico, não podendo considerar, ser uma etapa inteiramente concluída, porque na fase seguinte será sempre possível voltar atrás e recolher mais informação que podem levar a refazê-lo.

É uma fase crucial para todo o processo, pois aí serão estabelecidos todos os caminhos e rotas a serem seguidos durante a sua execução, assim como pelos meios que permitirão atingi-los, acompanhadas da respetiva planificação.

A especificação pormenorizada das atividades, consiste essencialmente em definir os resultados a obter com o projeto, preparar uma lista das atividades, determinar as necessidades em recursos e

estabelecer uma calendarização da execução, que se remete para apêndice (Apêndice I) (Imperator & Giraldes, 1986). Estas atividades não são feitas definitivamente, deverão ser repetidas sempre que haja atrasos na sua realização.

Assim, é importante um planeamento face a uma objetivação da problemática percecionada e que sustente o plano das medidas corretivas.

As notificações de ocorrências relacionadas com o erro de medicação e a observação dos processos informáticos relativamente à prescrição de MA, sugerem a prevalência de algumas situações de não conformidade, que me induziram a tentar compreender as dificuldades prevalentes, necessitando, para isso, de objetivar a situação através da análise dos registos de prescrição de medicação, utilizando para o efeito uma grelha de observação.

Nesse sentido, tendo em conta os objetivos do estudo e o facto de ter optado por uma abordagem quantitativa, elaborei, numa primeira fase, uma Grelha de Análise (Apêndice III), especificamente para este estudo, com colaboração de elementos do grupo da qualidade, para identificação dos principais problemas, nomeadamente, poder verificar se a medicação prescrita como MA existe no FHNM, se a prescrição cumpre o que está estipulado no procedimento institucional e se inclui todos os critérios associados aos princípios de boa prática nesta matéria, ou seja, o nome do medicamento, o horário, a via e dosagem do mesmo.

Numa segunda fase estabeleci o plano de ação em função dos resultados obtidos (Apêndice I) e, por fim, numa terceira fase elaborei plano de ação relativo às medidas corretivas que se impuseram por inerência aos desenvolvimentos efetuados.

▪ **Técnicas e procedimentos – implementação da Grelha de Análise**

Para a concretização dos objetivos desta pesquisa, recorri a um método de investigação quantitativa, sustentada na recolha de dados objetiva, à margem dos dados, numa perspetiva dedutiva e orientada para o resultado. Segundo Fortin (1999), este paradigma traduz uma preocupação do investigador na obtenção de dados fiéis e reproduzíveis, isto é, que determinado estudo possibilite a sua generalização. Ao optar por esta metodologia, pretendo conhecer uma realidade, nomeadamente dos serviços de internamento de Cirurgia Geral e Medicina Interna.

Optei por um estudo descritivo, transversal e retrospectivo, pois transmite informação acerca da situação em causa em determinado período de tempo.

Para tudo isto se concretizar, foi efetuado um pedido formal à instituição em estudo (Apêndice IV), para realizar a aplicação da mesma de 1 de Novembro de 2010 a 12 de Junho de 2011, indo de encontro às normas que regem a ética. Tais normas tentam assegurar que os sujeitos aderem voluntariamente ao projeto de investigação e não são expostos a riscos superiores aos ganhos que possam advir.

O tratamento estatístico dos dados foi efetuado através do programa, de investigação, informático SPSS 17.0 (Statistical Package for Social Sciences), que permite a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo destas perguntas.

3. AÇÃO DESENVOLVIDA

Corresponde ao processo, à execução de tudo o que foi cuidadosamente elaborado, definido e detalhado durante a fase de planeamento. Coloca em prática toda a formulação das metas traçadas, utilizando as melhores ferramentas de gestão em busca dos melhores resultados. Nesta fase, a prática e a disciplina dos colaboradores é indispensável para uma execução eficiente e eficaz de todo o plano. Para que tal suceda, é necessário uma descentralização e comunicação com qualidade, onde se disponibilizem poderes e todas as informações necessárias aos estratégias que irão trabalhar no projeto.

Como foi dito anteriormente e segundo Nadler e Tushman citados por Caetano (2001) esta fase consiste, num conjunto de atividades estruturadas e desenvolvidas usando conhecimentos técnico-científicos.

Após a ação desenvolvida, faz-se o acompanhamento de toda a execução do projeto, dos procedimentos e métodos implementados, objetivando a compilação de dados para uma avaliação e análise dos resultados alcançados em cada fase da execução. É a oportunidade adequada para comparar as metas definidas no Planeamento com os resultados obtidos, medidos através dos itens de controlo, agora que o processo acabou e que o produto está elaborado, manifestando-se nele uma série de efeitos. De importância fundamental no projeto, esta é a etapa que vai possibilitar correções de desvios de rotas, adequação dos planos às mudanças de estratégias e aprimoramento de mecanismos de controlo, além de permitir a identificação de erros no planeamento original e corrigi-los em tempo de evitar maiores danos ao projeto.

Assim, a Grelha de Análise foi aplicada, como foi referido anteriormente, aos serviços de Medicina Interna e Cirurgia Geral, no período de 1 de Novembro de 2010 a 31 de Janeiro de 2011. Através da aplicação desta grelha, foram identificadas a frequência e especificidade dos erros, neste âmbito. Durante este período, foram admitidos um total de 686 utentes nos serviços de Cirurgia Geral e 964 utentes nos serviços Medicina Interna o que perfaz um total de 1650 utentes.

Durante este período, foram efetuadas cerca de 301 prescrições como MA, em ambas as especialidades, correspondentes aos cinco serviços observados. Designadamente 61,1%% (184) de prescrições nos serviços de Cirurgia Geral e 38,9% (117) nos serviços de Medicina Interna (Tabela 2).

De acordo com o procedimento institucional antes referido, este tipo de prescrição está previsto nas situações em que o medicamento do domicílio não consta no FHNM, nem pode ser substituído por outro medicamento do mesmo grupo farmacoterapêutico, logo, deverá ser utilizada a medicação do domicílio dos utentes.

Como se pode observar abaixo (Tabela 2), a grande maioria dos medicamentos de ambulatório prescritos, 79,4% (239) faziam parte do FHNM, pelo que deveriam ter sido prescritos segundo o nome genérico, para serem facilitados pela farmácia da instituição. Acrescem-se a estes, 6% (18) de prescrições que não apresentavam no item das observações o nome do medicamento, situação que configura outro tipo de desvio em relação ao preconizado. As 14,6% (44) prescrições restantes referem-se a medicamentos que não fazem parte do FHNM, cumprindo, por isso, em relação a este item o que está previsto no procedimento existente. Os serviços de Cirurgia Geral foram os que mais prescreveram, 61,1% (184) das prescrições como MA.

Tabela 2 – Variação do número de prescrições da “Medicação do Ambulatório” nos meses estudados

		ni	fi
Medicação do Domicílio que faz parte do Prontuário Hospitalar (n 301)	Sim	239	79,4
	Não	44	14,6
	Sem especificação de terapêutica	18	6,0
	Total	301	100,0
Prescrições por serviços durante os 3 meses (n 301)	Cirurgia X	52	17,3
	Cirurgia Z	132	43,9
	Total	184	61,1
	Medicina Y	35	11,6
	Medicina W	45	15,0
	Medicina K	37	12,3
	Total	117	38,9

Na tabela seguinte (Tabela 3), a área da Cirurgia Geral apresenta maior número de situações de medicação de domicílio incluída no FHNM, com 65,2% (156), em relação aos 34,8% (83) da Medicina Interna.

De todos os serviços analisados, a Cirurgia Z é aquele onde se observou maior número de situações de inconformidade do procedimento, com cerca de 48,1% (115) de prescrições, em relação à Medicina Y onde só se verificou 8,4% (20).

Tabela 3 - Prescrição de “Medicação do Ambulatório” que faz parte do FHNM, por serviços estudados

	ni	fi
Medicação do Domicílio que faz parte do Prontuário Hospitalar (n 239)	Cirurgia X	41
	Cirurgia Z	115
	Total	156
		65,2
	Medicina Y	20
	Medicina W	32
	Medicina K	31
	Total	83
		34,8

Para melhor compreensão, a análise dos dados será dividida em duas partes:

- ✓ Prescrição de “MA” que faz parte do FHNM;
- ✓ Prescrição de “MA” que não faz parte do FHNM.

Assim a Tabela 4 apresenta mais pormenorizadamente a prescrição de MA, que faz parte do FHNM, em cada um dos cinco serviços observados segundo a Grelha de Análise.

Da análise dos dados referentes quanto à prescrição do nome do medicamento e via de administração, comprova-se o completo preenchimento dos itens da prescrição, com a ressalva de dois casos, um na Cirurgia Z e outro na Medicina W.

Observando a prescrição quanto ao horário de administração, verifica-se que o mesmo não foi assinalado em 52,6% (82) nas prescrições dos serviços cirúrgicos, e em 24,1% (20) nas prescrições dos serviços de medicina interna.

Em relação à prescrição da dosagem do medicamento obtiveram-se piores resultados, com 73,7% (115) de ausência de prescrição do critério nos serviços de cirurgia e 45,8% (38) nos serviços de medicina.

Tabela 4 - Prescrição de “Medicação do Ambulatório” em cada um dos cinco serviços estudados quanto à medicação que faz parte do Prontuário Hospitalar

		Sim		Não	
		ni	fi	ni	fi
Prescrição quanto ao nome do medicamento (n 239)	Cirurgia X	41	26,3	0	0,0
	Cirurgia Z	115	73,7	0	0,0
	Sub total	156	100,0	0	0,0
	Medicina Y	20	24,1	0	0,0
	Medicina W	32	38,6	0	0,0
	Medicina K	31	37,3	0	0,0
	Sub total	83	100,0	0	0,0
	Cirurgia Geral	156	65,2	0	0,0
	Medicina Interna	83	34,8	0	0,0
	Total	239	100,0	0	0,0
Prescrição da medicação por serviço quanto à via de administração (n 239)	Cirurgia X	41	26,3	0	0,0
	Cirurgia Z	114	73,1	1	0,6
	Sub total	155	99,4	1	0,6
	Medicina Y	20	24,1	0	0,0
	Medicina W	31	37,3	1	1,2
	Medicina K	31	37,3	0	0,0
	Sub total	82	98,8	1	1,2
	Cirurgia Geral	155	64,9	1	0,4
	Medicina Interna	82	34,3	1	0,4
	Total	237	99,2	2	0,8
Prescrição da medicação por serviço quanto ao horário de administração (n 239)	Cirurgia X	17	10,9	24	15,4
	Cirurgia Z	57	36,5	58	37,2
	Sub total	74	47,4	82	52,6
	Medicina Y	16	19,3	4	4,9
	Medicina W	23	27,7	9	10,8
	Medicina K	24	28,9	7	8,4
	Sub total	63	75,9	20	24,1
	Cirurgia Geral	74	30,9	82	34,3
	Medicina Interna	63	26,4	20	8,4
	Total	137	57,3	102	42,7
Prescrição da medicação por serviço quanto à dosagem (n 239)	Cirurgia X	14	9,0	27	17,3
	Cirurgia Z	27	17,3	88	56,4
	Sub total	41	26,3	115	73,7
	Medicina Y	11	13,2	9	10,9
	Medicina W	12	14,5	20	24,0
	Medicina K	22	26,5	9	10,9
	Sub total	45	54,2	38	45,8
	Cirurgia Geral	41	17,2	115	48,1
	Medicina Interna	45	18,8	38	15,9
	Total	86	36,0	153	64,0

Analisando os serviços na globalidade, posso concluir que das 239 prescrições como MA, 57,3% (137) não apresentavam horário da toma da medicação e 64% (153) não referiam a dosagem do medicamento a administrar.

No que diz respeito à análise da Tabela 5, relativamente às 44 prescrições de MA que não fazem parte do FHNM é importante verificar que, também neste caso, os parâmetros da prescrição não estão preenchidos na totalidade, verificando-se uma situação em tudo semelhante à anteriormente descrita.

Assim, os parâmetros relativos ao nome do medicamento, no campo das observações e à via de administração, estão preenchidos, na totalidade, em todos os serviços, indo de encontro ao procedimento preconizado. Os parâmetros relacionados com a prescrição do horário de administração e a dosagem do medicamento apresentam valores de não conformidade com o preconizado, respetivamente, no primeiro caso, de 55,6% (10) nos serviços cirúrgicos e 19,2% (5) nos de medicina e, no segundo caso, 61,1% (11) nos cirúrgicos e 30,8% (8) nos de medicina.

Tabela 5 - Prescrição de “Medicação do Ambulatório” em cada um dos cinco serviços estudados quanto à medicação que não faz parte do Prontuário Hospitalar

		Sim		Não	
		ni	fi	ni	fi
Prescrição quanto ao nome do medicamento (n 44)	Cirurgia X	8	44,4	0	0,0
	Cirurgia Z	10	55,6	0	0,0
	Sub total	18	100,0	0	0,0
	Medicina Y	13	50,0	0	0,0
	Medicina W	7	26,9	0	0,0
	Medicina K	6	23,1	0	0,0
	Sub total	26	100,0	0	0,0
	Cirurgia Geral	18	40,9	0	0,0
	Medicina Interna	26	59,1	0	0,0
	Total	44	100,0	0	0,0
Prescrição da medicação por serviço quanto à via de administração (n 44)	Cirurgia X	8	44,4	0	0,0
	Cirurgia Z	10	55,6	0	0,0
	Sub total	18	100,0	0	0,0
	Medicina Y	13	50,0	0	0,0
	Medicina W	7	26,9	0	0,0
	Medicina K	6	23,1	0	0,0
	Sub total	26	100,0	0	0,0
	Cirurgia Geral	18	40,9	0	0,0
	Medicina Interna	26	59,1	0	0,0
	Total	44	100,0	0	0,0
Prescrição da medicação por serviço quanto ao horário de administração (n 44)	Cirurgia X	6	33,3	2	11,1
	Cirurgia Z	2	11,1	8	44,5
	Sub total	8	44,4	10	55,6
	Medicina Y	11	42,4	2	7,7
	Medicina W	5	19,2	2	7,7
	Medicina K	5	19,2	1	3,8
	Sub total	21	80,8	5	19,2
	Cirurgia Geral	8	18,2	10	22,7
	Medicina Interna	21	47,7	5	11,4
	Total	29	65,9	15	34,1
Prescrição da medicação por serviço quanto à dosagem (n 44)	Cirurgia X	4	22,2	4	22,2
	Cirurgia Z	3	16,7	7	38,9
	Sub total	7	38,9	11	61,1
	Medicina Y	9	34,6	4	15,4
	Medicina W	4	15,4	3	11,6
	Medicina K	5	19,2	1	3,8
	Sub total	18	69,2	8	30,8
	Cirurgia Geral	7	15,9	11	25,0
	Medicina Interna	18	40,9	8	18,2
	Total	25	56,8	19	43,2

No conjunto de todos os serviços estudados constata-se que o nome e a via de administração aparecem em 100% (44) das prescrições, no entanto, em 34,1% (15) dos casos não foi prescrito o horário da medicação e em 43,2% (19) a dosagem da mesma.

Assim, analisados estes resultados:

- ✓ Existe o incumprimento do estipulado no procedimento institucional em relação à medicação de domicílio dos utentes internados, em 79,4% (239) das prescrições, por fazerem parte do FHNM;
- ✓ Só 14,6% (44) da medicação é que não consta do FHNM;
- ✓ Em ambos os casos de medicação, os critérios de prescrição com maior número de não cumprimento são o horário de administração e a dosagem do medicamento.

Seria importante compreender qual é a perspetiva dos intervenientes do processo, para que as medidas corretivas (Apêndice I) sejam implementadas. Nomeadamente sensibilizando os profissionais, através de reuniões informais (Apêndice II), sobre a necessidade e importância da notificação para privilegiar uma cultura de aprendizagem com o erro, de modo a minimizar o mesmo.

4. AVALIAÇÃO INTERCALAR

Nesta fase do ciclo de Deming e também em congruência com Nadler e Tushman citados por Caetano (2001), importa monitorizar e analisar os resultados obtidos/previstos de forma a identificar a evolução realizada, as falhas, o estadiamento dos problemas bem como a identificação de novos problemas em resultado do próprio processo de mudança.

Urge, nos termos apontados pelo referencial teórico, que esta análise seja efetuada com todos os intervenientes no processo, numa lógica orientada eminentemente para a formação-acção. Como refere Honoré (2004), é pela reflexão sobre as práticas do cuidado que descobre a sua dimensão formativa.

Pelos dados anteriormente apresentados, constata-se existirem resultados discrepantes nos serviços cirúrgicos respeitantes à matéria em análise, relativamente aos de medicina. Esse facto, aliado à facilidade de acesso à equipa de cuidados e pela proximidade do local de trabalho, determinaram a opção de intervir nos serviços de Cirurgia Geral, no sentido de tentar melhorar os erros detetados na prescrição de MA e, assim, tornar mais seguros os atos de enfermagem subsequentes, relacionados com a preparação e a administração desse tipo de medicação.

▪ **Espaço de sensibilização à equipa médica**

Nesse sentido, foi contactado o Diretor do serviço, para propor uma reunião (Apêndice II) com a equipa médica sobre o procedimento “Medicamentos do domicílio de utentes em regime de internamento”. Foi, então, criado um espaço/tempo de reflexão sobre a negociação com a equipa médica para a forma de prescreverem a MA. Esta foi efetuada a 11 de Março de 2011 na sala de reuniões do serviço, com a presença do Diretor de Cirurgia, os dois Chefes da equipa médica dos dois serviços e pelas respetivas equipas médicas. A reunião decorreu como planeado, durante cerca de 1 hora, onde foram debatidas todas as questões, e dar a conhecer à equipa médica a informação recebida, sobre a prescrição de MA, pela equipa de enfermagem no sistema SAPE.

Posteriormente, foi novamente aplicada a Grelha de Análise, durante o período de 12 de Março a 12 de Junho de 2011, aos serviços de Cirurgia Geral, com o intuito de verificar o comportamento da equipa em relação à prescrição da MA e, ao mesmo tempo, da eficácia da reunião de trabalho acima mencionada.

No período agora em análise, foram admitidos no Serviço de Cirurgia X 355 utentes, e no Serviço de Cirurgia Z 354 utentes, num total de 709 e foram encontrados 26% (185) prescrições como MA, ou seja, cerca de mais 4% em relação à primeira avaliação.

Como se pode observar na Tabela 6, o número de prescrições de medicamentos que fazem parte do FHNM, não sofreu alteração significativa em relação ao primeiro momento de avaliação, com valores, respectivamente de 89,7% (156) e 81,6% (151) prescrições.

Em relação às prescrições de medicamentos que não fazem parte do FHNM, verifica-se aumento do número de casos na segunda avaliação, após a reunião, com 18,4% (34) prescrições.

Tabela 6 - Prescrição de “Medicação do Ambulatório” que fazem parte do prontuário hospitalar antes e após reunião com equipa médica dos serviços de Cirurgia Geral

		Antes da reunião (n 174)				Após a reunião (n 185)			
		Sim		Não		Sim		Não	
		ni	fi	ni	fi	ni	fi	ni	fi
Medicação do domicílio que faz parte do Prontuário Hospitalar, por serviços	Cirurgia X	41	23,6	8	4,6	58	31,4	10	5,4
	Cirurgia Z	115	66,1	10	5,7	93	50,3	24	13,0
	Total	156	89,7	18	10,3	151	81,6	34	18,4

Como anteriormente, e de acordo com as etapas previamente definidas, foi efectuada novamente a divisão dos dados referentes à medicação existente e à não existente no FHNM, comparando-os com os resultados anteriores, antes da reunião.

Assim, no primeiro caso, como se pode observar na Tabela 7, relativamente ao nome do medicamento e à via de administração mantêm-se bons índices de preenchimento com 100%, de conformidade em ambos, na segunda avaliação.

Quanto à prescrição do horário de administração e da dosagem do medicamento, verifica-se uma melhoria em ambas, com respetivamente, 74,8% (113) e 47,7% (72) de conformidade com a norma. Neste último parâmetro, dosagem, apesar da evolução positiva, registaram-se, contudo, ainda 52,3% (79) casos de incumprimento do estipulado.

Tabela 7 - Variação da prescrição de "Medicação do Ambulatório" que fazem parte do prontuário hospitalar antes e após reunião com equipa médica dos serviços de Cirurgia Geral

		Antes da reunião (n 156)				Após a reunião (n 151)			
		Sim		Não		Sim		Não	
		ni	fi	ni	fi	ni	fi	ni	fi
Prescrição da medicação por serviço quanto ao nome do medicamento	Cirurgia X	41	26,3	0	0,0	58	38,4	0	0,0
	Cirurgia Z	115	73,7	0	0,0	93	61,6	0	0,0
	Total	156	100,0	0	0,0	151	100,0	0	0,0
Prescrição da medicação por serviço quanto à via de administração	Cirurgia X	41	26,3	0	0,0	58	38,4	0	0,0
	Cirurgia Z	114	73,1	1	0,6	93	61,6	0	0,0
	Total	155	99,4	1	0,6	151	100,0	0	0,0
Prescrição da medicação por serviço quanto ao horário da administração	Cirurgia X	17	10,9	24	15,4	36	23,8	22	14,6
	Cirurgia Z	57	36,5	58	37,2	77	51,0	16	10,6
	Total	74	47,4	82	52,6	113	74,8	38	25,2
Prescrição da medicação por serviço quanto à dosagem	Cirurgia X	14	9,0	27	17,3	28	18,5	30	19,9
	Cirurgia Z	27	17,3	88	56,4	44	29,2	49	32,4
	Total	41	26,3	115	73,7	72	47,7	79	52,3

Analisando agora os registos de prescrição de medicação que não faz parte do FHNM (Tabela 8) verifica-se que, relativamente à primeira questão da Grelha de Análise estão de acordo com o procedimento da instituição em 88,2% (30) casos, resultado inferior ao observado na primeira avaliação. A prescrição da via de administração do medicamento mantém os 100% (34) de conformidade.

No entanto, as prescrições do horário da administração e a dosagem da medicação mantêm-se como os critérios mais problemáticos, sendo de realçar, contudo, a evolução francamente positiva de ambos, particularmente, no que respeita ao horário, com, respectivamente, 79,4% (27) e 58,8% (20) de prescrições conformes.

Tabela 8 – Variação da prescrição de "Medicação do Ambulatório" que não fazem parte do prontuário hospitalar antes e após reunião com equipa médica dos serviços de Cirurgia Geral

		Antes da reunião (n 18)				Após a reunião (n 34)			
		Sim		Não		Sim		Não	
		ni	fi	ni	fi	ni	fi	ni	fi
Prescrição da medicação por serviço quanto ao nome do medicamento	Cirurgia X	8	44,4	0	0,0	8	23,5	2	5,9
	Cirurgia Z	10	55,6	0	0,0	22	64,7	2	5,9
	Total	18	100,0	0	0,0	30	88,2	4	11,8
Prescrição da medicação por serviço quanto à via de administração	Cirurgia X	8	44,4	0	0,0	10	100,0	0	0,0
	Cirurgia Z	10	55,6	0	0,0	24	100,0	0	0,0
	Total	18	100,0	0	0,0	34	100,0	0	0,0
Prescrição da medicação por serviço quanto ao horário da administração	Cirurgia X	6	33,3	2	11,1	6	17,6	4	11,8
	Cirurgia Z	2	11,1	8	44,5	21	61,8	3	8,9
	Total	8	44,4	10	55,6	27	79,4	7	20,6
Prescrição da medicação por serviço quanto à dosagem	Cirurgia X	4	22,2	4	22,2	5	14,7	5	14,7
	Cirurgia Z	3	16,7	7	38,9	15	44,1	9	26,5
	Total	7	38,9	11	61,1	20	58,8	14	41,2

Analisando de forma sumária os resultados deste última observação posso retirar as seguintes conclusões:

- ✓ Manteve-se o incumprimento do estipulado no procedimento institucional em relação à medicação de domicílio dos utentes internados em 81,6% (151) das prescrições;
- ✓ Em ambos os casos, medicação que consta e medicação que não consta do FHNM, os critérios de prescrição com maior número de não cumprimento são o horário de administração e a dosagem do medicamento.

No global, ou seja, considerando toda a informação obtida ao longo do desenvolvimento do trabalho de projeto, particularmente, através dos dados obtidos pela aplicação da grelha de análise, sobressaem como prioritários os seguintes problemas:

- ✓ Existe um número significativo de situações em que não é dado cumprimento ao procedimento institucional que pretende regular e normalizar, ou seja a prescrição de medicamentos de domicílio dos utentes internados no hospital;
- ✓ Ao serem prescritos como MA fica excluída a possibilidade de serem incluídos no processo de gestão do medicamento, pelos serviços farmacêuticos, impossibilitando assim que sejam fornecidos através destes, obrigando, ao consumo do medicamento do utente;
- ✓ As principais não conformidades encontradas relacionam-se com a não inclusão na prescrição da hora de administração, 20,6% (7) e da dosagem do medicamento, 41,2% (14) e, nalguns casos, do nome do mesmo 11,8% (4);

- ✓ O não cumprimento de um, ou vários critérios de boa prática de prescrição de medicação pelo médico implica, considerando o sistema de prescrição eletrónica utilizado na instituição, falha(s) na informação recebida pelo enfermeiro no sistema SAPE, o que possibilita a ocorrência de erros de preparação e administração e interfere, direta e perigosamente, na segurança do utente;
- ✓ Mantiveram-se os problemas verificados na avaliação inicial, pese embora, alguns indícios de melhoria após a reunião efetuada com a equipa médica.

5. IMPLEMENTAÇÃO DE MEDIDAS CORRETIVAS

Os programas de qualidade baseiam-se numa abordagem de gestão sistemática, sustentada nos princípios, nas práticas e nos processos da organização, que procura a melhoria contínua. Mesmo quando se atingem resultados aceitáveis é possível melhorar, atribuindo maior valor aos resultados do projeto.

Sendo assim, aplicam-se no caso de serem comprovados desvios entre as metas estabelecidas e os resultados obtidos. A organização deverá efetuar correções tendentes a sua minimização.

É o momento de se atuar sobre todo o sistema organizacional, estimulando comportamentos e emoções que mantenham a motivação daqueles que foram os grandes responsáveis pelo sucesso de todo o projeto, e criar mecanismos que assegurem a manutenção duradoura do clima de harmonia no ambiente de trabalho, o que, no final, é o que vai determinar a continuidade do sucesso, com aumento de produtividade e eliminação de desperdícios.

No estudo que efetuei, nos meses de Novembro de 2010 a Janeiro de 2011, verifiquei:

- ✓ Medicação prescrita como MA, 301 casos;
- ✓ Destes, 79,4% (239) faziam parte do FHNM, logo, deveriam ser prescritas pelo nome genérico para serem fornecidas pela Farmácia de Instituição;
- ✓ Só 44 das prescrições (14,6%) foram prescritas de acordo com o procedimento da Instituição, no entanto, estas não foram prescritas devidamente, porque não apresentaram todos os parâmetros de prescrição preenchidos, nomeadamente o horário 34,1% (15) e a dose 43,2% (19).

Para minimizar este erro, foi efetuada uma reunião de sensibilização à equipa médica por mim selecionada e aplicada novamente a grelha de análise, entre 12 de Março de 2011 a 12 de Junho de 2011. Mantiveram-se os problemas verificados na primeira avaliação, pese embora, alguns indícios de melhoria:

- ✓ Detetadas 185 prescrições como MA;

- ✓ Dos medicamentos prescritos 81,6% (151) fazem parte do FHNM para 18,4% (34) que não fazem parte. Nos medicamentos prescritos que não fazem parte do FHNM mantém-se a falta do horário 25,2% (38) e dose em 52,3% (72).

A seleção incorreta da dose, do horário, via de administração e apresentação, pode levar a refletir sobre qual seria a proporção do prejuízo causado ao utente, visto o enfermeiro poder ser induzido a administrar a medicação incorretamente.

Para a diminuição do erro, tenciono:

- ✓ Aplicar a grelha de análise, estudar os resultados e realizar reuniões sempre que for necessário, em grupo ou individualmente;
- ✓ Se possível envolverei toda equipa médica nos momentos de auditoria interna, para assim se aperceberem melhor de todo o procedimento e a dificuldade para a equipa de enfermagem na administração da terapêutica, quando esta não está prescrita segundo o mesmo;
- ✓ Manter a sensibilização aos profissionais sobre a importância da notificação do erro;
- ✓ Manter a sensibilização dos clínicos sobre a importância de prescreverem de acordo com o procedimento da instituição;
- ✓ Apresentar o trabalho à Instituição, nomeadamente ao Gabinete de Gestão da Qualidade e Gestão de Risco;
- ✓ Apresentação de resultados à equipa de Medicina Interna e negociar no âmbito do plano de ação, visto nesta fase do projeto, não me ter sido possível implementar medidas com o mesmo departamento.

6. SUGESTÕES

Visto ainda serem observados alguns erros, e diferentes comportamentos nos serviços estudados, seria interessante tentar perceber o factor causal. Uma das sugestões é a nível de alterações da aplicação informática, nomeadamente, evitar que o item “MA” se assuma na primeira fase, para que prescrevam pelo nome genérico do medicamento. Assumindo só o item “MA” caso o programa não reconheça o medicamento, ou seja, não exista a nível da farmácia da instituição. Assim, obriga os clínicos a prescreverem pelo princípio ativo do utente. Sei que esta sugestão não é das mais fáceis, visto ser necessária alteração da aplicação informática, o que acarreta a intervenção da Administração da Instituição, com custos para a mesma.

Também seria importante, desenvolver um estudo, para verificar se existe medicação do domicílio prescrita segundo o Procedimento: “Medicamentos do domicílio de utentes em regime de internamento”, para isso será importante observar toda a medicação do utente no domicílio

registada na avaliação inicial do utente, que é efetuada aquando a entrada do doente no serviço e verificar se a mesma está prescrita segundo o procedimento hospitalar.

CONCLUSÃO

Nas estratégias para a gestão da qualidade das Instituições de saúde, iniciadas em 1999, a acreditação dos hospitais assumiu extrema importância para os políticos e para os gestores. Em Portugal a adesão aos processos de acreditação partem do voluntarismo dos hospitais, havendo indefinição do sistema de gestão da qualidade dos que não aderiram.

A prevenção do erro de medicação deve ser uma prioridade de todos, nomeadamente daqueles que regulam a profissão. Muito se tem debatido, urge que se responda de forma mais efetiva às necessidades reais dos serviços e hospitais.

Como medida de segurança para a prevenção do erro relacionado com o medicamento figura com maior peso a prescrição electrónica por diminuir os erros de transcrição e as dificuldades de interpretação das prescrições médicas. A informatização da prescrição é sem dúvida um grande avanço para a prevenção de erros decorrentes da prescrição, porém não consegue extinguir todas as possibilidades de erros. Reconhecer que eles existem, trabalhar com as informações provenientes de uma análise crítica e reflexiva, serve para melhorar e envolver cada vez mais pessoas no processo de prevenção. A regulação do erro deve ser feita através da sua compreensão e adoção de medidas de correção, bem como pela formação e pela minimização das consequências para os utentes.

A mudança de mentalidades, a divulgação ponderada e o conhecimento destas matérias e da sua relevância no panorama atual dos cuidados, a articulação entre organismos, instituições e profissionais, e a disponibilização dos recursos adequados, parecem-me ser os alicerces indispensáveis para a criação e desenvolvimento de uma cultura de segurança nas organizações de saúde.

No decorrer da elaboração deste projeto, percebi que o erro é ainda um tema difícil de abordar, controverso e pouco estudado, o que dificulta a pesquisa bibliográfica bem como a evidência estatística.

Não falar sobre este assunto, escondê-lo, remetê-lo apenas ao domínio dos serviços não conforma um compromisso com a cultura de segurança e com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Este trabalho final de Mestrado, o “Erro da Prescrição de Medicação do Ambulatório”, e a intervenção no sentido da sua redução/minimização constituíram desde sempre, um factor estimulante, por ser controverso, ainda pouco explorado e por gerar dúvidas e receios nas pessoas. Para além de permitir a satisfação dos objetivos propostos levou-me a refletir sobre necessidade de determinados aspetos, principalmente, sobre as boas práticas na área da

Qualidade em Saúde e da Segurança. Reconheço como primeira limitação a dificuldade de concretização e compreensão deste tema, pelas razões já aduzidas e por os profissionais sentirem ainda que o erro é um assunto tabu.

Senti por vezes, na primeira abordagem com os participantes no trabalho, um certo constrangimento e retracção, que se foi dissolvendo, penso que sobretudo pela privacidade que foi garantida, bem como a minha vontade de consumir o trabalho e de obstar todas as contrariedades.

Acreditando na importância do erro nas Instituições de saúde nas práticas clínicas para a gestão da qualidade e performance hospitalar, dividi este trabalho em duas partes.

Na primeira parte construí o quadro concetual norteador do trabalho desenvolvido onde foi evidenciada a complexidade do conceito de qualidade em saúde e a importância da dimensão do erro bem como da necessidade de intervir numa lógica sustentada sobre esta problemática, fazendo recurso a ferramentas específicas. Na segunda parte, apresenta-se a operacionalização do projeto, mobilizando uma das ferramentas abordadas na parte anterior do trabalho, o ciclo de Deming.

O presente relatório integra os distintos desenvolvimentos, abarcando uma mudança planeada através de análise da situação, seguido da ação desenvolvida e avaliação dos efeitos dessa intervenção, possibilitando a implementação de medidas corretivas.

Após ter procedido ao levantamento das necessidades, sobre a “Sinalização do erro clínico – Prescrição da medicação”, dei prioridade à intervenção da prescrição de medicação do ambulatório, nos serviços de Cirurgia Geral e Medicina Interna desta Instituição.

As notificações de ocorrências relacionadas com o tema do trabalho, bem como a observação de diversos processos informáticos, sugeriam a prevalência de situações de não conformidade que urgia objetivar. Nesse sentido, tendo em conta os pressupostos enunciados elaborei e apliquei uma grelha de análise aos serviços referidos no período compreendido entre 1 de Novembro de 2010 e 31 de Janeiro de 2011.

Assim, verifiquei 301 casos de Medicação prescritos como MA sendo que a grande maioria fazia parte do FHNM, logo, deveriam ser prescritas com base no procedimento instituído neste domínio, relativo à restante prescrição em contexto hospitalar. Apenas uma pequena minoria das prescrições 44 (14,6%) não pertencem ao FHNM, no entanto, nenhuma destas está em conformidade com o preconizado, sendo o horário e a dose os mais omissos.

Pelos dados anteriormente apresentados, constatei existirem resultados divergentes nos serviços cirúrgicos respeitantes à matéria em análise, relativamente aos de medicina. Esse facto, aliado à facilidade de acesso à equipa de cuidados, determinaram a opção de intervir nos serviços de cirurgia geral, no sentido de tentar melhorar os erros detetados na prescrição de MA. No serviço

de Medicina Interna, por constrangimentos de ordem temporal, não foi possível proceder aos mesmos desenvolvimentos.

Para minimizar este erro, foi criado um espaço/tempo de reflexão e sensibilização da equipa médica. Posteriormente, foi aplicada novamente a grelha de análise, entre 12 de Março de 2011 a 12 de Junho de 2011. Pese embora se verificasse indícios de melhoria, ainda se verificam situações problemáticas.

De facto, a grande maioria da medicação prescrita como do domicílio integra o FHNM, logo, deveriam ser prescritas pelo princípio ativo para serem fornecidas pela Farmácia de Instituição. Manteve-se uma pequena minoria das prescrições que foram prescritas pelo nome genérico, sendo novamente, o horário e a dose como os itens de registo com maior omissão.

Analisados os resultados, surge o momento de agir no sentido da implementação de medidas corretivas, nomeadamente, aplicar a grelha de análise e realizar reuniões sempre que for necessário, em grupo ou individualmente e apresentar o trabalho à Instituição, nomeadamente ao Gabinete de Gestão da Qualidade e Gestão de Risco.

Para continuidade é fundamental que os profissionais se mantenham sensibilizados sobre a importância da notificação do erro; assim como os clínicos prescreverem de acordo com o procedimento da instituição. A apresentação de resultados à equipa de Medicina Interna e negociação no âmbito do plano de ação, também será importante para a continuidade do projeto.

Apresento uma proposta de possível alteração à aplicação informática e desenvolver um estudo, para verificar se existe medicação do domicílio prescrita segundo o Procedimento como sugestões, procurando estimular comportamentos que mantenham a motivação, assim como tentar perceber o porquê da manutenção do erro.

Sinto-me orgulhosa de o ter realizado, superando todos os constrangimentos de ordem pessoal e temporal. Considero este trabalho um contributo para a minha valorização pessoal e profissional, tendo permitido uma melhor e mais completa compreensão deste problema, por vezes tão mal explorado. Seria gratificante que após a divulgação dos resultados constata-se uma mudança de comportamentos dos profissionais envolvidos, ao nível dos problemas identificados com vista a uma melhoria da qualidade.

BIBLIOGRAFIA

- Wilkinson, A. T. (1998). *Managing with total quality management: theory and practice*. UK: Mc Millan.
- Abreu, C. C. F. (2009). Segurança do Doente e Gestão do Risco: Perspectiva clínica do erro. *Sinais Vitais*. (83), p. 39-41.
- Abreu, Wilson Correia (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico: Fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- Abreu, Wilson Correia (2003). *Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que parcerias para a excelência em saúde*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- Agency for Health Care Research and Quality (2008). Quality Indicator. *Patient safety indicators: technical specifications*. [s.l.]: [s.n.].
- Amiguiinho, A. J. M. (1992). *Viver a formação construir a mudança*. Lisboa: EDUCA.
- André, O. & Rosa, D. (1997). Qualidade dos cuidados de saúde: *Satisfação dos utentes. Enfermagem Oncológica*, p. 23-33.
- António, N. S. & Teixeira, A. (2007). *Gestão da Qualidade: De Deming ao Modelo de Excelência da EFQM*. Lisboa: Silabo.
- Bates, D. & Morimoto, T. & Gandhi, T. & Hsieh, T. (2004). Adverse Drug Events and Medication Errors: Detection and Classification Methods. *QSHC*. (13), p. 306-314.
- Bogdan, R. & Biklen, S. K. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Botelho, J. R. (1998). Contributos da formação profissional contínua para a qualidade dos cuidados de enfermagem. *Servir*. 45 (5), p. 262-266.
- Bruno, Faria & M.F.F. (2000). *Análise da relação entre os conceitos de criatividade, inovação e mudança organizacional*. [s.l.]: Mimeo.
- Caetano, António (2001). Mudança e intervenção organizacional. In J. Ferreira, *Manual da psicossociologia das organizações*. Amadora: [s.n.]. p. 531-566.
- Cassiani, S. & Miasso, A. (2000). Erros na Administração de Medicamentos: Divulgação de Conhecimentos e Identificação do doente como aspectos relevantes. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 34 (1), p. 16-25.

- Cohen, M. R. (1999). *Medication Errors*. Washington: American Pharmaceutical Association. [s.l.]: [s.n.].
- Collière, M. F. (1989). Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. *Sindicato dos Enfermeiros Portugueses*. Lisboa: Lidel.
- Costa, M. M. & Costa, A. Q. (1997). Formação em serviço: mitos e realidades. *Sinais Vitais* (15), p. 44-46.
- Croizier, M. (1982). Mudança individual e colectiva. In A. Pknoke, *Mudança social e psicológica social*. Lisboa: Livros horizonte.
- Cunha, M. P. (2002). As duas faces da Mudança Organizacional: Planeada e Emergente. [s.l.]: [s.n.].
- Donabedian, A. (1998). *The quality of care: how can it be assessed?*. [s.l.]: JAMA.
- Eggil, Y. & Halfon, P. (2003). A conceptual framework for hospital quality management. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 16 (1), p. 29-36.
- Fernandes, M. T. (1999). Metodologia de Projecto. *Servir*. (47), p. 233-236.
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fragata, J. & Martins, L. (2004). *O erro em Medicina: Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Gomes, I. D. (1999). Os enfermeiros e a formação em serviço. *Servir*. 47 (4), p. 178-181.
- Handy, C. B. (1978). *Como compreender as organizações*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Hesbeen, W. (2006). *Trabalho de fim de curso, trabalho de humanidade: emergir como autor do seu proprio pensamento*. [s.l.]: Lusociência.
- Holman, S. P. (2000). *Enfermagem de Reabilitação*. [s.l.]: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Honoré, B. (2002). *A Saúde em Projecto*. Camarate: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Honoré, B. (2004). *Cuidar - Persistir um conjunto na existencia*. Camarate: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. d. (1986). *Metodologia do Planeamento em Saúde - Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Editorial do M.E.C. .
- Kohn, L. T. & Corrigan, J. M. & Donaldson, M. S. (2000). To err is human: building a safer health system. [s.l.]: Institute of Medicine Nacional Academy Press. p. 14.

- Lesne, M. (1984). *Trabalho Pedagógico e formação de adultos*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Martins, L. (2004). Organizações de saúde: por uma cultura da fiabilidade. In J. Fragata, & L. Martins, *O erro em Medicina: perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade*. Coimbra: Edições Almedina.
- McIntyre, T. & Sofia, S. (1999). *Estudo Aprofundado da Satisfação dos Utentes dos Serviços de saúde da Região Norte: Relatório Final Sumário*. ARS - Norte.
- Miasso, A. I. (2002). Terapêutica Medicamentosa. *Dissertação - Orientação e Conhecimento na alta e pós alta hospitalar*. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Ministério da Saúde. (1999). Saúde: um compromisso. *A Estratégia de Saúde para o Virar do Século. 1998 - 2002*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde (2009). Estrtegia Nacional para a Qualidade na Saúde. *Revista da Missão dos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Novoa, A., & Finger, M. (1988). *O Método (Auto) biográfico e a Formação*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. *Divulgar*. Lisboa: [s.n.].
- OPSS. (2009). *10/30 anos: razões para continuar*. Coimbra: Mar da palavra.
- WHO. (2008). Summary of the evidence on patient safety: implications for research. Geneve: [s.n.]. p. 22.
- Orlando, A., & Rosa, D. (1997). Qualidade dos cuidados de saúde - satisfação dos utentes. *Enfermagem Oncológica*, p. 23-33.
- Pedrot, Isabel (2006). Risco Clinico e Segurança do Doente. *Nascer e Crescer*. 15 (3), p. 168-173.
- Pessoa, M. (2005). A Qualidade enquanto factor de mudança nas organizações de saúde. *Revista Portuguesa de Enfemagem*, p. 49-52.
- Pisco, L. (2002). IQS uma referência, um parceiro credível. *Qualidade em Saúde* 6, p. 4-11.
- Reason, J. (2005). Human Error: Models ad Management. *BMJ*, 320, p. 768-770.
- Rego, Arnaldo (2009). *Relatório Gestão de Risco Clínico*. [s.l.].
- Ribeiro, O. P. & Carvalho, F. M. & Ferreira, L. M., & Ferreira, P. J. (2008). Qualidade dos Cuidados de Saúde. *Millenium ISPV* (35).

- Rodrigues, A. & Esteves, M. (1993). *A análise de necessidades na formação de professores*. Porto: Porto Editora.
- Rosa, M. B. (2004). Erros de medicação: um problema de saúde pública. *XI Congresso da O.F.I.L.* Lisboa.
- Sale, D. (1998). Garantia da qualidade nos cuidados de saúde. [s.l.], Publicações Universitárias e Científicas.
- Saltman, R. & Figuers, J. (1997). European Health Care Reform, analysis of current strategies. *World Health Organization Regional Office for Europe*.
- Silva, A. & Cassiani, S. & Miasso, A. & Opitz, S. (2007). Problemas na Comunicação: uma possível causa de erros de mediação. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20 (3), p. 272-276.
- Silva, J. O. (2001). Qualidade em serviços públicos. *Qualidade em Saúde* 5.
- Tissot, E. & Henon, T. & Cornette, C. & Jacquet, M. (1999). Prescription Incomplete: erreur de medication potentielle. *Presse Med.*, p. 625-628.
- Union, C. (2009). Consumers Union. *To err is human: to delay: ten years later, a million lives lost, billions of dollars wasted: Sfe Patient Project*. [s.l.]: [s.n.].
- Wachter, R. M. (2004). The end of the Beginning: patient safety five years after to err is human. [s.l.]: [s.n.].
- WHO. (2005). Regional office for Europe PATH project. *Int J Qual Health Care*, p. 487-496.

WEBGRAFIA

Brasil, S. (2004). *Revista da Associação Médica Brasileira*. Consultado em Março 2011. Disponível na www: scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000200008

Gallotti, R. M. (n.d). Segurança dos Pacientes. Consultado em Fevereiro 2011. Disponível na www: amfar.com.br/apresenta/EventosadeincidentesDraRenataIIForumAbril2009

Gestão da Qualidade Em Saúde. (2009). Consultado em Março 2011. Disponível na www: slideshare.net/AlexRibeiro/gesto-da-qualidade-em-sade

Instituto Nacional de Estatística. Consultado em Janeiro 2011. Disponível na www: ine.pt/xportal/xmain?xlang=pt&xpgid=ine_main&xpid=INE

Oliveira, R. S. (2007). *Serviços de Saúde e avaliação de desempenho: Uma revisão da literatura*. Consultado em Fevereiro de 2011. Disponível na www: abepro.org.br

Pisco, L. (2009). *Perspectivas da qualidade em Saúde*. Consultado em Fevereiro de 2011. Disponível na www: dge.ubi.pt

Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010: Mais saúde para todos. Consultado em Fevereiro de 2011. Disponível na www: acs.min-saude.pt/pns/pt

Plano Nacional de Saúde 2011 - 2016. Consultado em Fevereiro de 2011. Disponível na www: acs.min-saude.pt/pns2011-2016/.../Boletim-Pensar-Saude-Nº01.pdf

Programme., W. A. (2004). *WHO Library Cataloguing-in-Publication Data*. Consultado em Março de 2011. Disponível na www: who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf

Scielo. (2004). *Revista da Associação Médica Brasileira*. Consultado em Março 2011. Disponível na www: scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000200008

WHO. (2008). *WHO Guidelines for safe surgery*. Consultado em Janeiro de 2011. Disponível na www: who.in/entity/patientsafety/safesurgery

APÊNDICES

Apêndice I: Planificação das atividades

Planificação da Atividade n.º 1

AÇÃO	Elaboração da Grelha de Análise
FUNDAMENTAÇÃO	No âmbito da Prescrição do Ambulatório existe um procedimento na Instituição que se centra neste aspeto, no entanto a prática sugere que existe um desfasamento entre o existente e o desejado. Neste contexto importa elaborar uma grelha de análise.
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none">✓ Analisar a conformidade entre o preconizado em relação à Sinalização do Erro Clínico – Prescrição de Medicação, um contributo para a melhoria da qualidade em saúde, no âmbito do erro terapêutico e a prática corrente.
ESTRATEGIA	<ul style="list-style-type: none">✓ Análise do procedimento preconizado;✓ Auscultação da responsável farmacêutica à auditoria da Instituição;✓ Apresentação da proposta da grelha à equipa de orientação;✓ Elaboração do Pré-teste.
INTERVENIENTES	<ul style="list-style-type: none">✓ Mestranda.
POPULAÇÃO ALVO	<ul style="list-style-type: none">✓ Serviços de Medicina Interna e Cirurgia Geral.
AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none">✓ Grelha elaborada até ao período do início da aplicação da mesma;✓ Analisada a adequação da grelha face aos objetivos preconizados.

Planificação da Atividade n.º 2

AÇÃO	Elaboração do plano de medidas corretivas
FUNDAMENTAÇÃO	Após a identificação do erro mais frequente da Instituição importa elaborar um plano de medidas corretivas, para assim diminuir o mesmo.
OBJECTIVOS	✓ Intervir de forma sustentada e orientada.
ESTRATEGIA	✓ Análise e reflexão dos resultados com os intervenientes, numa primeira fase com o serviço de Cirurgia Geral e numa segunda fase no serviço de Medicina Interna; ✓ Definição das medidas corretivas.
INTERVENIENTES	✓ Mestranda.
POPULAÇÃO ALVO	✓ Serviço de Cirurgia Geral; ✓ Serviço de Medicina Interna.
AVALIAÇÃO	✓ Elaboração do plano de ação.

Apêndice II: Atividades planejadas no âmbito das medidas corretivas

Planificação da Atividade n.º 1

AÇÃO	Sensibilização aos profissionais sobre a importância da notificação
FUNDAMENTAÇÃO	Após análise do número de notificações efetuadas desde o início do processo, é importante manter a sensibilização para a importância da Notificação, para assim o Gabinete de Gestão de Risco puder implementar medidas de correção.
OBJETIVO	✓ Sensibilizar os profissionais sobre a necessidade e importância da notificação para privilegiar uma cultura de aprendizagem com o erro, para assim o minimizar.
ESTRATEGIA	✓ Contacto informal com equipa de Enfermagem nas passagens de turno e sempre que era detetado um erro.
INTERVENIENTES	✓ Mestranda.
POPULAÇÃO ALVO	✓ Equipa de Enfermagem.
AVALIAÇÃO	✓ Realização de auditoras internas ao número de notificações; ✓ Verificação da evolução temporal do número e natureza de notificações.

Planificação da Atividade n.º 2

AÇÃO	Sensibilização à equipa médica dos serviços de cirurgia e medicina interna
FUNDAMENTAÇÃO	Depois de analisar os resultados da grelha aplicada aos serviços estudados, urge que se devolvam os mesmos à equipa e com ela se estabeleçam/priorizem as medidas corretivas a adotar. Só a partir da objetivação e consciencialização da situação e com envolvimento pró-ativo de todos os intervenientes se poderão minimizar os erros.
OBJECTIVOS	✓ Melhorar a prescrição normalizada seguindo o procedimento da “Medicação do Ambulatório”, da Instituição.
ESTRATEGIA	✓ Reunião com o diretor do departamento: <ul style="list-style-type: none">• Apresentação sumária do trabalho;• Explicação do motivo para reunião;• Agendar reunião com equipa médica; num dos dias de reunião de serviço para abranger um maior número de médicos; ✓ Apresentar diapositivos sobre o procedimento existente; <ul style="list-style-type: none">• Agendar um espaço de tempo para apresentar resultados. ✓ Procurar soluções para contornar os obstáculos existentes.
INTERVENIENTES	✓ Mestranda.
POPULAÇÃO ALVO	✓ Diretor dos Serviços de Cirurgia; ✓ Chefes dos Serviços de Cirurgia; ✓ Equipa médica de Cirurgia Geral; ✓ Diretor dos serviços de Medicina; ✓ Chefes dos Serviços de Medicina; ✓ Equipa médica de Medicina Interna.
AVALIAÇÃO	✓ Identificação das sugestões; ✓ Melhoria da prescrição.

Apêndice III: Grelha de Análise

Enunciado		Sim	Não	Não se aplica	
1 - "Medicação do Ambulatório" faz parte do formulário hospitalar					
2 - Prescrição da "Medicação do Ambulatório" quanto ao nome do medicamento					
3 - Prescrição da "Medicação do Ambulatório" quanto à via de administração					
4 - Prescrição da "Medicação do Ambulatório" quanto ao horário da administração					
5 - Prescrição da "Medicação do Ambulatório" quanto à dosagem da medicação					

Apêndice IV: Pedido de Autorização

Exmo. Sr. Presidente do
Conselho de Administração
“Instituição de Saúde”

Assunto: Formalização da autorização para recolha de informação no âmbito do trabalho de projeto.

Paula Cristina Esteves Costa Parente, profissional desta instituição, a exercer funções de enfermeira graduada no serviço de cirurgia Z, encontra-se a frequentar o 2º ano do Curso de Mestrado em Gestão das Organizações, Ramo Unidades de Saúde no Instituto Politécnico de Viana do Castelo – Escola Superior de Saúde.

No âmbito do mesmo pretende realizar um Trabalho Projeto na área a Qualidade Organizacional, relacionado com “Sinalização do Erro Clínico – Prescrição de Medicação: Um contributo para a melhoria da Qualidade em Saúde”, com o qual pretende estudar o circuito da prescrição eletrónica da medicação e identificar e analisar potenciais erros, que possam ocasionar danos ao doente. De referir o contacto prévio com o Gestor de Risco Clínico da Instituição de Saúde para o parecer sobre a pertinência do trabalho, o qual foi positivo, tendo ficado acordado o compromisso de entrega de exemplar do trabalho e dos resultados, ao próprio e à Instituição.

Nesse sentido, vem por este meio solicitar a V. Exa. autorização para consulta dos registos informáticos de enfermagem, no aplicativo SAPE, no período de Novembro de 2010 a Junho de 2011, nos serviços de Cirurgia Geral e Medicina Interna, para o que necessita, também, de autorização de acesso ao referido sistema informático, para os serviços e no período de tempo referido.

Reforço assumir o compromisso de confidencialidade/anonimato, nos termos exigíveis a trabalhos desta natureza. Serão respeitados os princípios éticos, nomeadamente não utilização de dados identificativos dos utentes e cumprimento rigoroso dos princípios de confidencialidade de dados.

Pede Deferimento, atentamente

Viana do Castelo, 26 de Outubro de 2010

ANEXOS

Anexo I: Procedimento: Medicamentos do domicílio de doentes em regime de internamento

	PROCEDIMENTO	
Identificação do documento: Medicamentos do domicílio de doentes em regime de internamento		
Critérios Abrangidos: 39.14		
Âmbito: Serviços Clínicos com Internamento		

OBJECTIVO: Normalizar procedimento relativo à medicação de ambulatório dos doentes internados.

DEFINIÇÃO:

Considera-se **medicação de ambulatório**, todos os medicamentos que o doente faz regularmente no domicílio. Entre estes, encontram-se por exemplo, Psicofármacos, Antiarrítmicos, Anti-hipertensores e Antidislipídémicos.

Considera-se **doente internado**¹, “o indivíduo admitido num estabelecimento de saúde com internamento que ocupa cama, para diagnóstico ou tratamento, com permanência de pelo menos 24 horas”.

RESPONSABILIDADES:

Compete aos administrativos que convocam os doentes para Internamentos programados solicitar-lhes que tragam a medicação habitual de domicílio.

É da responsabilidade do médico que interna o doente, indagar junto do mesmo a terapêutica habitual do domicílio e registá-la no processo clínico. Compete ao médico, quando considerar que o doente deve manter a terapêutica do domicílio, adaptá-la aos medicamentos que constam do Formulário Hospitalar Nacional do Medicamento, ou na sua impossibilidade, de prescrever o(s) medicamento(s) como “medicamento de ambulatório”.

É da responsabilidade do enfermeiro que faz a admissão do doente ao Internamento, confirmar e registar a medicação de domicílio que o doente traz consigo e conservar a medicação em local próprio da sala de enfermagem, garantindo assim que o doente apenas fará a medicação que está prescrita pelo médico; compete ao enfermeiro responsável pela alta devolver a medicação ao doente/familiar/responsável aquando da alta.

¹ Circular Normativa n.º 2 de 16/07/2007 do IGIF

Elaborado / Revisto	Aprovado	Homologado	Próx. Revisão	Pág.
8/10/07	8/10/07	08.03/14	14/3/2011	1/3
.....	
.....	

	PROCEDIMENTO	
Identificação do documento: Medicamentos do domicílio de doentes em regime de internamento		
CrITÉrios Abrangidos: 39.14		
Âmbito: Serviços Clínicos com Internamento		

DESCRIÇÃO:

Internamento:

Sempre que os doentes são convocados pelos administrativos para o Internamento é-lhes solicitado que tragam a medicação que habitualmente fazem no domicílio.

Na admissão, o enfermeiro responsável pelo doente registra no processo clínico a medicação de domicílio que o doente traz consigo e guarda-a em local próprio e seguro na sala de trabalho de enfermagem; deverá identificar com etiqueta autocolante as caixas, referindo o nome e a cama do doente.

O médico responsável pela terapêutica do doente faz uma avaliação do registo da terapêutica habitual do doente e decide a sua eventual manutenção; nesse caso, se constar do Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos (FHNM), deverá prescrevê-la por nome genérico para que seja fornecida pelos Serviços Farmacêuticos. Se não constar do FHNM, poderá substituí-lo por outro medicamento do mesmo grupo farmacoterapêutico do FHNM; se considerar que tal não é possível, deverá prescrever o medicamento como “Medicamento de Ambulatório”, mencionando para além da dose e das frequências diária e horária, o nome comercial no campo das observações. Quando a terapêutica do domicílio não pertence ao FHNM e o médico considerar que o doente a deve manter, se não for possível ao doente trazer o medicamento ou, se eventualmente, o medicamento acabar durante o período de internamento, o médico deverá justificar a prescrição do medicamento “Extra-formulário”, utilizando o modelo n.º 188 em vigor no CHAM.

Elaborado / Revisto	Aprovado	Homologado	Próx. Revisão	Pág.
8/10/07	8/10/07	08/03/14	14/3/2011	2/3
...	
...	

	PROCEDIMENTO	
Identificação do documento: Medicamentos do domicílio de doentes em regime de internamento		
CrITÉrios Abrangidos: 39.14		
Âmbito: Serviços Clínicos com Internamento		

Após a prescrição médica, o enfermeiro deve confirmar:

- Se há alguma medicação do domicílio que tenha sido prescrita por nome genérico para ser fornecida pelos Serviços Farmacêuticos, e nesse caso deverá guardar a medicação do doente em saco fechado devidamente identificado (nome e cama) em local próprio na sala de enfermagem, para que seja devolvida ao doente/familiar/responsável aquando da alta;
- Se há alguma prescrição “Medicamento de Ambulatório”, neste caso o medicamento do doente deve ser colocado no carro de medicação, na gaveta correspondente à cama que o doente ocupa, para lhe ser administrada regularmente;
- A restante medicação de domicílio não prescrita deve ser guardada em saco fechado devidamente identificado (nome e cama) em local próprio na sala de enfermagem, para que seja devolvida ao doente/familiar/responsável aquando da alta.

Internamento de urgência:

É provável que em situações de Internamento de urgência o doente não tenha consigo a medicação de domicílio. Nestes casos, o médico ou o enfermeiro responsáveis pela admissão do doente deverão solicitar a um familiar/responsável do doente, para que logo que possível tragam essa medicação para o serviço de Internamento e a entreguem ao enfermeiro responsável.

A partir desse momento proceder-se-á da mesma forma que num Internamento programado.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA:

Circular Normativa n.º 2 de 16/07/2007 do IGIF

Elaborado / Revisto	Aprovado	Homologado	Próx. Revisão	Pág.
2/10/07	2/10/07	08.03/14	14/3/2011	3/3
...	
...	